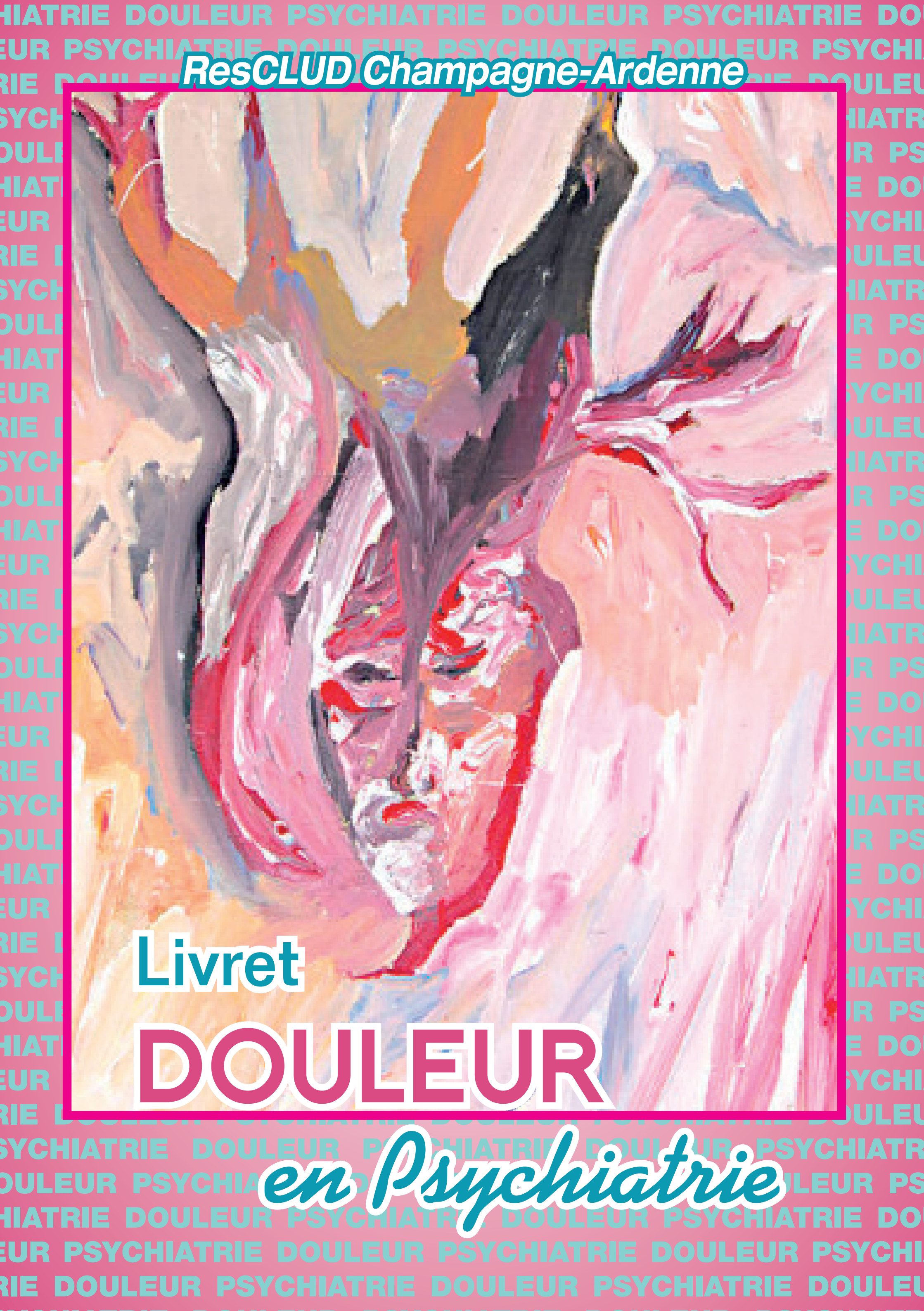

ResCLUD Champagne-Ardenne
Livret
DOULEUR
en Psychiatrie



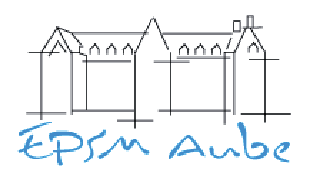
Remerciements

Le RESCLUD Champagne-Ardenne remercie toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce projet, en particulier les directeurs des établissements adhérents qui l'ont soutenu, et bien sûr les nombreux rédacteurs qui ont accepté de fondre leurs textes en un ouvrage collectif, ainsi que les relecteurs.

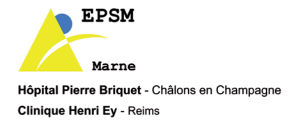
Notre gratitude va également à la Fondation Apicil pour son aide financière sans laquelle ce livret ne pourrait exister.

Un remerciement particulier au service communication du C.H. Bélair pour son aide technique et à l'E.P.S.M. de Châlons-en-Champagne pour son aide logistique et son soutien constant.

Établissements et associations ayant participé à la rédaction de ce livret







RESCLUD Champagne-Ardenne



Oeuvre illustrant la couverture réalisée par M. Philippe MASSIP



Sommaire



I. Pourquoi un livret douleur en psychiatrie ?

« Pendant trop longtemps, la douleur a été vécue comme une fatalité. Et pourtant, l'évolution des connaissances nous donne aujourd'hui les moyens permettant de réduire dans des proportions importantes certaines douleurs. Mais plus que les connaissances, ce sont les mentalités qui doivent évoluer. »

Alain Serrie, ancien président de la Société Française d'Études et de Traitement de Douleur

Ce constat est d'autant plus vrai en psychiatrie.

En effet pendant longtemps, certains comportements tels que les automutilations, l'absence de manifestations extérieures lors de situations particulièrement douloureuses, ont laissé croire que certains patients ne ressentaient pas la douleur.

Aujourd'hui, on sait qu'il n'en est rien mais beaucoup de choses restent à élucider :

- *Comment le message douloureux est-il décrypté et traité quand la pathologie mentale perturbe le fonctionnement cognitif ?*
- *Comment pallier à l'absence de manifestations extérieures de la douleur « signal d'alarme » chez certains patients, ce qui retarde la prise en charge de pathologies somatiques graves ?*
- *Comment repérer les patients douloureux quand la communication est perturbée ?*
- *Comment évaluer leur soulagement quand nous leur administrons un traitement antalgique ?*

Ce livret n'apportera pas toutes les réponses mais il a pour ambition d'aider les équipes soignantes à mieux appréhender et à soulager la douleur somatique des patients et assurer une meilleure prise en soins.

Ce livret est conçu en chapitres qui peuvent être lus séparément, ce qui explique certaines redondances en cas de lecture globale.

RESCLUD de Champagne-Ardenne

(Réseau des Comités de Lutte contre la Douleur des établissements publics de santé mentale)



1. L'essentiel...

En 1998, le premier plan douleur était publié. Il sera suivi de deux autres dont le dernier (2006/2010) mettait l'accent sur les personnes vulnérables.

La perception de la douleur et son expression sont des phénomènes complexes. Nous savons que la douleur est une expérience strictement personnelle et que ses manifestations (cris, pleurs, gestuelles) sont propres à chaque être, selon ses croyances, sa culture, son éducation, ses possibilités physiologiques.

La douleur n'est jamais entièrement physique ni entièrement morale : on « souffre » de dorsalgie, on partage la douleur d'un ami en deuil. En français, le terme « douleur » désigne aussi bien la douleur physique que la douleur morale. Il n'existe pas de mot pour différencier son expression psychique et son expression somatique, ou plutôt, ce sont les mêmes signifiants qui sont utilisés : souffrance, douleur, peine, mal. La plupart des douleurs engendrent une souffrance, qui peut se manifester par des douleurs ou majorer une douleur existante. Douleur et souffrance sont intimement liées (mais leurs traitements sont différents).

Les pathologies psychiatriques peuvent modifier les modes d'expression habituels de la douleur, compliquer son dépistage, rendre délicate l'évaluation de l'efficacité des traitements. Si on y ajoute certaines croyances concernant l'absence de douleur en psychiatrie, le manque de formation des soignants et la peur des opiacés, on comprend que la prise en charge de la douleur somatique ait pu rester longtemps marginale en psychiatrie.



La prise en charge de la douleur somatique des patients hospitalisés en psychiatrie est devenue une obligation réglementaire, encadrée par de nombreux textes. C'est avant tout un souci permanent pour chaque soignant.

Peut-on penser apaiser la souffrance de l'esprit si le corps est douloureux ?





2. Quelques règles simples

Toute personne peut présenter à tout moment une pathologie somatique douloureuse. Le patient souffrant d'une pathologie mentale ne fait pas exception. Il doit bénéficier d'un examen clinique et d'une écoute attentive comme toute autre personne. Cependant, le dépistage, le traitement et l'évaluation de cette douleur sont rendus délicats par un mode d'expression inhabituel.

› **Pour les patients communicants, en cas de plaintes**

Croire le patient, adopter un soutien bienveillant, faire preuve d'empathie, éviter tout jugement de valeur, donner des explications, solliciter sa participation active (position antalgique, activités, relaxation, ...), lui faire faire une autoévaluation, informer le médecin et l'équipe.

› **Pour les patients ayant des troubles de la communication verbale**

Être attentif aux changements de comportement qui peuvent être un signe de douleur somatique (irritabilité, agressivité, pleurs, agitation ou au contraire repli sur soi, refus alimentaire, ...). Ceux-ci sont trop facilement pris pour une manifestation de la pathologie mentale. Ils doivent faire rechercher un phénomène douloureux.

Être particulièrement vigilant auprès des patients schizophrènes qui peuvent à certains moments de leur maladie vivre avec indifférence une sensation douloureuse, même forte (absence de douleur «signal d'alarme»).

Être vigilant auprès des patients âgés, qui sont très souvent douloureux.

Se méfier de l'inexpressivité de certains patients (personnes âgées, troubles envahissants du développement).

› **Prendre garde aux douleurs induites par les soins**

Elles doivent être prévenues (ponction veineuse, aspiration naso-pharyngée, pose et retrait de sonde, extraction de fécalome, réfection de pansement, mobilisation, contention, petite chirurgie, soins d'escarre, injection…). Solliciter auprès du médecin une prémédication dès que nécessaire.

› **Surveiller l'état dentaire** qui est à l'origine de douleurs facilement évitables.

› **Ne pas utiliser le placebo mais l'effet placebo**

> La recherche de la douleur est une obligation réglementaire dans toute structure de soins, y compris en psychiatrie. Une évaluation à l'admission, avec un outil approprié, est tracée dans le dossier du patient. En cas de douleur, une réévaluation doit être faite. La prise en charge de la douleur est une pratique exigible prioritaire.



II. Qu'est ce que la douleur ?

1. La définition officielle

La douleur est « **une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion** » (selon IASP).

La sensation douloureuse naît du traitement du message neurochimique reçu par le cerveau. Elle peut être aiguë ou chronique.

La sensation douloureuse est influencée par de nombreux facteurs et son expression est propre à chaque patient.

2. Types de douleur

• Douleur aiguë

C'est une douleur « signal d'alarme ». Sa localisation, son horaire, son mode d'apparition, ses facteurs exacerbant ou soulageant (position antalgique, froid/chaud, alimentation...) orientent le diagnostic étiologique. Toute douleur aiguë engendre un stress plus ou moins important selon le terrain (tachycardie, sueur, malaise vagal) et une réaction émotionnelle anxieuse, qui peut accroître et entretenir la sensation douloureuse.

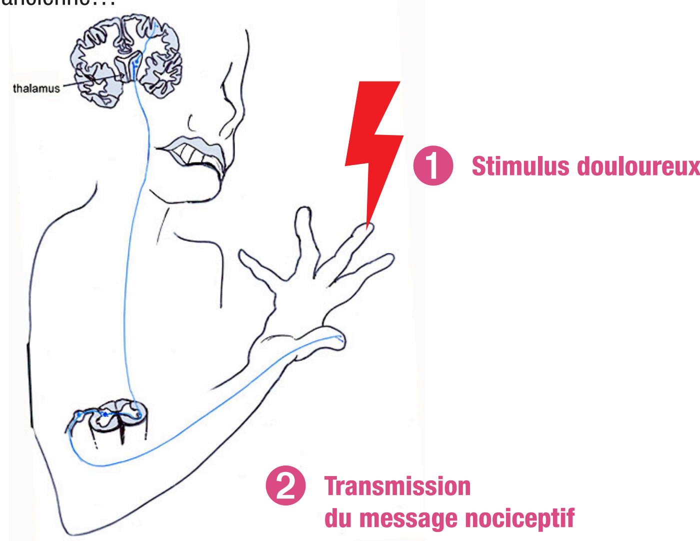
Il est important de soulager rapidement la douleur aiguë par le traitement de sa cause associée aux antalgiques. Cette prise en charge précoce peut limiter l'évolution vers une douleur chronique et une amplification du phénomène douloureux.

• Douleur chronique

C'est une douleur installée depuis au moins trois mois. Son origine est polyfactorielle (intrications des facteurs environnementaux, psychologiques, professionnels, familiaux…). Ce sont des douleurs dans lesquelles sont intriquées à des degrés divers les composantes nociceptives, neurogènes et psychogènes. Elle est souvent associée à un état dépressif (cause ou conséquence ?).

Sa prise en charge est difficile, globale, pluridisciplinaire et prolongée dans le temps.

3. La physiologie de la douleur



La douleur somatique (avoir mal) n'est pas la souffrance (être mal) même si ces deux notions sont intimement liées.

Le message douloureux peut être dû à :

- la stimulation des récepteurs spécifiques à la douleur (douleur par excès de nociception)
- la lésion de fibres nerveuses (douleur neurogène ou neuropathique)

Le plus souvent, c'est un mélange de ces deux types de douleurs.

Toute douleur engendre un stress plus ou moins important selon le terrain et une réaction émotionnelle, qui peut accroître et entretenir la sensation douloureuse.

• Douleurs par mécanisme inflammatoire (nociceptives)

Elles résultent d'une stimulation des nocicepteurs (récepteurs de la douleur) superficiels ou viscéraux par une destruction des tissus, une inflammation, une compression (contusion, plaie, fracture, infection, ...).

Ce sont les douleurs les plus simples à repérer et à traiter.

• Douleurs par mécanisme neuropathique (ou neurogène)

Elles proviennent d'une lésion du système nerveux périphérique ou central, récente ou ancienne.

On décrit des douleurs soit continues (brûlures, picotements, ...) soit paroxystiques (décharges électriques, coups d'aiguille, ...). Une stimulation associée à un dysfonctionnement de la sensibilité tactile donne des phénomènes particuliers : on parle **d'allodynie** quand un stimulus non douloureux entraîne une douleur et **d'hyperalgésie** quand un stimulus douloureux entraîne une sensation douloureuse exagérée.

Les douleurs neuropathiques peuvent persister longtemps après la guérison de la cause initiale. Des anomalies neurologiques peuvent être retrouvées à l'examen dans le territoire douloureux.

Exemples : neuropathies du zona, du diabète, post-amputation, ...

Les traitements utilisés sont certains antidépresseurs et antiépileptiques qui agissent spécifiquement sur la conduction des fibres nerveuses lésées. Le traitement est initié avec une posologie très faible et augmenté progressivement en fonction de la tolérance.

• Douleurs par mécanisme psychogène

Elles seraient attribuées à des troubles psychiques. Elles se vivent et se ressentent comme toute autre douleur et doivent motiver un examen attentif. Ces douleurs touchent souvent des organes ayant une charge symbolique importante pour le patient.

• Douleurs dysfonctionnelles (ex-idiopathiques)

Les mécanismes encore incertains concernent les systèmes de régulation de la douleur.

Quelle que soit la classification ou définition sur laquelle on s'appuie, le plus important est de comprendre que chaque personne est unique face à sa maladie et sa douleur.



La douleur est une expérience strictement personnelle.

Les codes culturels influent l'expression de la douleur et la perception qu'en ont les soignants. Selon la personne, la manifestation de la douleur peut être totalement différente.

L'expérience personnelle d'une douleur ne préjuge en rien de celle ressentie par une autre personne.

Un patient douloureux présentant des troubles mentaux est, comme un autre, le seul expert de sa douleur.



III. Dépister et Évaluer la douleur

Toute personne hospitalisée doit avoir au moins une évaluation de la douleur à son admission, avec un outil adapté. Toutes évaluations et ré-évaluations doivent être tracées dans le dossier du patient.

A côté des présentations habituelles, en psychiatrie, la plainte douloureuse peut être particulière et revêtir des aspects polymorphes.

Il faut être particulièrement vigilant aux changements de comportements, pris parfois pour une manifestation de la pathologie mentale.

1. Les échelles d'évaluation

La douleur étant un phénomène subjectif, il est important de disposer d'outils les plus neutres possibles afin d'évaluer la personne douloureuse et l'efficacité du traitement. Nous évitons ainsi de projeter notre propre ressenti et nous tenons compte uniquement de celui du patient.

Toutes les échelles évoquées ci-après sont disponibles sur le site http://www.cnrd.fr

Les échelles d'évaluation de la douleur visent à recueillir des informations reproductibles. Certaines permettent de comparer la probabilité ou l'intensité de la douleur à différents moments chez un même patient. Le questionnaire DN4 est une aide au diagnostic au type de douleur. Les échelles sont une référence commune qui facilite la cohérence de la prise en charge et la continuité des soins. C'est pourquoi le même outil sera utilisé pour les différentes évaluations pour un même patient.

En aucun cas, elles ne peuvent être utilisées pour effectuer des comparaisons d'un patient à l'autre.

On ne dispose pas d'outils spécifiques pour la psychiatrie. L'hétérogénéité de la population admise en hospitalisation exige d'utiliser les outils adaptés en fonction des personnes.

Une **échelle d'autoévaluation** doit être utilisée chez le patient communicant. Elle peut être essayée chez les personnes avec déficit cognitif.

Pour le patient inaccessible à l'autoévaluation, les soignants doivent utiliser **une échelle d'hétéro-évaluation réalisée en équipe.**

Lors du séjour, en cas de douleur exprimée ou suspectée (changement de comportement), une nouvelle évaluation est nécessaire. Cette évaluation sera renouvelée autant de fois que nécessaire jusqu'à sédation de cette douleur. Sa répétition à un rythme adapté permettra une meilleure prise en charge (repérage des pics douloureux, efficacité du traitement, ...).



Questionnaire DN4

QUESTIONNAIRE DN4 : un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci dessous par « oui » ou « non ».

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	☐	☐
2. Sensation de froid douloureux	☐	☐
3. Décharges électriques	☐	☐

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	☐	☐
5. Picotements	☐	☐
6. Engourdissements	☐	☐
7. Démangeaisons	☐	☐

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	☐	☐
9. Hypoesthésie à la piqûre	☐	☐

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	☐	☐

OUI = 1 point **NON = 0 point** **Score du Patient : /10**

MODE D'EMPLOI

Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher :
- ✓ Le praticien interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire
- ✓ A chaque item, il doit apporter une réponse « oui » ou « non »
- ✓ A la fin du questionnaire, le praticien comptabilise les réponses, 1 pour chaque « oui » et 0 pour chaque « non ».
- ✓ La somme obtenue donne le Score du Patient, noté sur 10.

Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif (sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %)

D'après Bouhassira D *et al. Pain* 2004 ; 108 (3) : 248-57.



Échelles d'autoévaluation

L'autoévaluation est à employer en priorité.

Le patient est sollicité pour réaliser lui-même l'évaluation de sa douleur.

Échelle Numérique (EN)

Evaluation orale de la douleur par gradation de son intensité sur une échelle de 1 à 10. Utilisation simple, facile à comprendre, ne nécessite pas de support particulier.

Échelle Verbale Simple (EVS)

Evaluation orale grâce à une liste de 4 ou 5 qualificatifs classés par ordre croissant.
Ex. : douleur absente, faible, modérée, forte, très forte, insupportable.
Les adjectifs utilisés doivent toujours être les mêmes.

Échelle des visages

Échelle visuelle représentant 6 visages exprimant une douleur croissante.

Échelle Visuelle Analogique (EVA)

Elle se présente sous forme d'une réglette permettant de mesurer l'intensité de la douleur grâce à un curseur que le patient déplace lui-même. Son utilisation est controversée en psychiatrie.

On peut compléter l'autoévaluation par **le schéma des zones douloureuses** qui permet de localiser une douleur et ses irradiations éventuelles sur un dessin représentant le corps humain.

Échelles d'hétéro-évaluation

Lorsque l'autoévaluation n'est pas possible (troubles de la communication verbale, difficultés de compréhension ou d'abstraction...), les soignants évaluent en équipe la douleur grâce à une observation attentive du patient.

Les échelles DOLOPLUS, ECPA et ALGOPLUS ont été validées pour les personnes âgées uniquement. Elles peuvent être utilisées en l'absence d'échelle spécifique pour des patients plus jeunes présentant des troubles psychiatriques sévères.

Exemple de fiche d'autoévaluation

FICHE D'AUTO-ÉVALUATION DE LA PERSONNE DOULOUREUSE

IDENTIFICATION DU PATIENT

SERVICE ....
DATE ....
NOM SOIGNANT ....

CENTRE HOSPITALIER DE

Matin ○
Aprés-midi ○
Soir ○
Nuit ○

INTENSITÉ DE LA DOULEUR

0 — 5 — 10

ABSENTE — FAIBLE — MODÉRÉE — FORTE — TRÈS FORTE — INSUPPORTABLE

SITE

FACE

DOS

SENSATION

☐ 1 LANCINANTE BATTEMENT
☐ 2 TIRAILLEMENT TORSION
☐ 3 PINCEMENT CRAMPE
☐ 4 COUP DE POIGNARD
☐ 5 DÉCHARGE ÉLECTRIQUE
☐ 6 EN ÉTAU SERREMENT
☐ 7 PICOTEMENT DÉMANGEAISON
☐ 8 CHALEUR BRÛLURE
☐ 9 ? AUTRE

RÉPERCUSSION SUR LES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

☐ REPAS
☐ TRAVAIL / LOISIRS
☐ VIE SOCIALE
☐ HYGIÈNE / CONFORT
☐ SOMMEIL
☐ MOBILITÉ
☐ ÉMOTIONS / HUMEUR
☐ ? AUTRE



Échelle Algoplus

(Échelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale)

Un score supérieur ou égal à 2 permet de diagnostiquer la présence d'une douleur. L'utilisation d'Algoplus est recommandée pour le dépistage et l'évaluation des **pathologies douloureuses aiguës** ou **accès douloureux transitoires** (aux mobilisations par exemple).



Échelle Algoplus (disponible sur www.cnrd.fr)

ECHELLE ALGOPLUS

Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale de la **douleur aiguë** chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur	....../....../......		....../....../......		....../....../......		....../....../......		....../....../......		....../....../......	
Heure	.......h		.......h		.......h		.......h		.......h		.......h	
	OUI	**NON**	**OUI**	**NON**	**OUI**	**NON**	**OUI**	**NON**	**OUI**	**NON**	**OUI**	**NON**
1 • Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
2 • Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
3 • Plaintes « Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
4 • Corps Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
5 • Comportements Agitation ou agressivité, agrippement.												
Total OUI	/5		/5		/5		/5		/5		/5	
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	❑ Médecin ❑ IDE ❑ AS ❑ Autre Paraphe		❑ Médecin ❑ IDE ❑ AS ❑ Autre Paraphe		❑ Médecin ❑ IDE ❑ AS ❑ Autre Paraphe		❑ Médecin ❑ IDE ❑ AS ❑ Autre Paraphe		❑ Médecin ❑ IDE ❑ AS ❑ Autre Paraphe		❑ Médecin ❑ IDE ❑ AS ❑ Autre Paraphe	



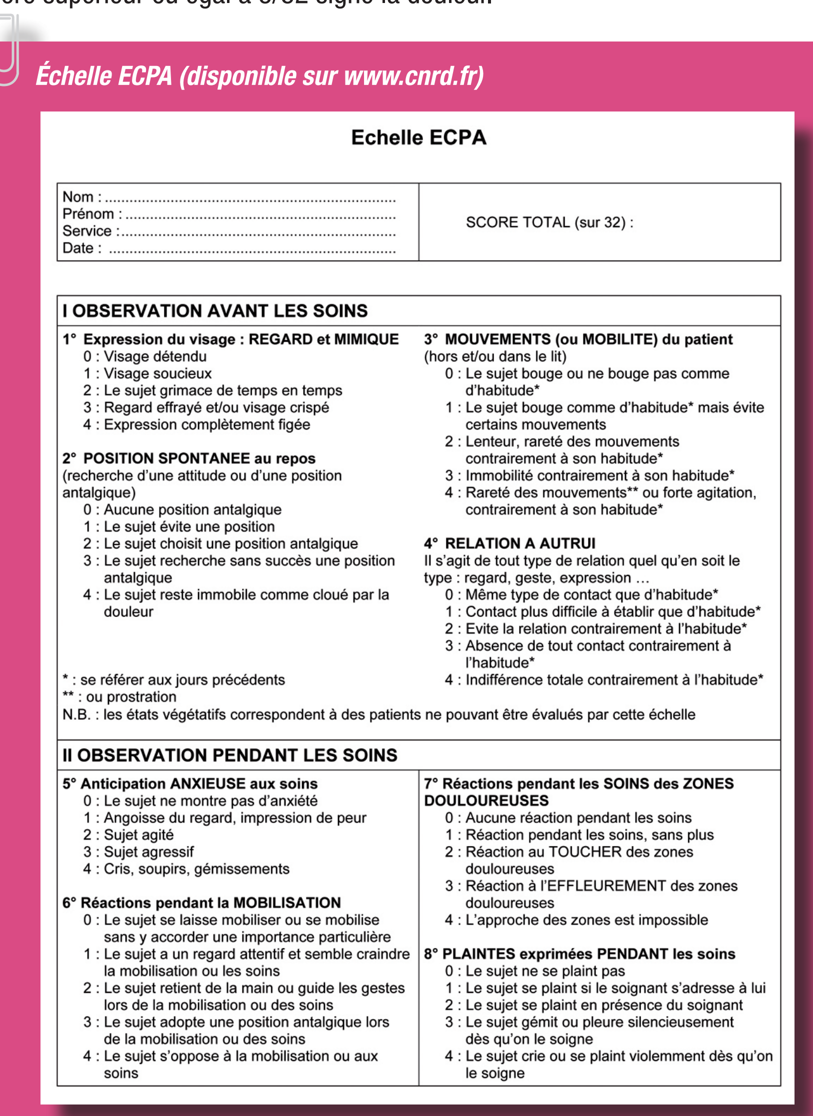
Échelle E.C.P.A.

(Échelle Comportementale d'évaluation de la douleur chez la Personne Âgée non communicante)

Observation comportementale avant et pendant les soins. La grille peut être remplie par une seule personne **QUI N'EFFECTUE PAS LE SOIN**.

Mais veiller à remplir la partie « avant les soins » effectivement avant les soins et non de mémoire pour éviter les biais.

Un score supérieur ou égal à 5/32 signe la douleur.



Échelle ECPA (disponible sur www.cnrd.fr)

Echelle ECPA

Nom : .... Prénom : .... Service : .... Date :	SCORE TOTAL (sur 32) :

I OBSERVATION AVANT LES SOINS

1° Expression du visage : REGARD et MIMIQUE
0 : Visage détendu
1 : Visage soucieux
2 : Le sujet grimace de temps en temps
3 : Regard effrayé et/ou visage crispé
4 : Expression complètement figée

2° POSITION SPONTANEE au repos
(recherche d'une attitude ou d'une position antalgique)
0 : Aucune position antalgique
1 : Le sujet évite une position
2 : Le sujet choisit une position antalgique
3 : Le sujet recherche sans succès une position antalgique
4 : Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur

3° MOUVEMENTS (ou MOBILITE) du patient
(hors et/ou dans le lit)
0 : Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*
1 : Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements
2 : Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*
3 : Immobilité contrairement à son habitude*
4 : Rareté des mouvements** ou forte agitation, contrairement à son habitude*

4° RELATION A AUTRUI
Il s'agit de tout type de relation quel qu'en soit le type : regard, geste, expression …
0 : Même type de contact que d'habitude*
1 : Contact plus difficile à établir que d'habitude*
2 : Evite la relation contrairement à l'habitude*
3 : Absence de tout contact contrairement à l'habitude*
4 : Indifférence totale contrairement à l'habitude*

* : se référer aux jours précédents
** : ou prostration
N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle

II OBSERVATION PENDANT LES SOINS

5° Anticipation ANXIEUSE aux soins
0 : Le sujet ne montre pas d'anxiété
1 : Angoisse du regard, impression de peur
2 : Sujet agité
3 : Sujet agressif
4 : Cris, soupirs, gémissements

6° Réactions pendant la MOBILISATION
0 : Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une importance particulière
1 : Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation ou les soins
2 : Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins
3 : Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins
4 : Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins

7° Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES
0 : Aucune réaction pendant les soins
1 : Réaction pendant les soins, sans plus
2 : Réaction au TOUCHER des zones douloureuses
3 : Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses
4 : L'approche des zones est impossible

8° PLAINTES exprimées PENDANT les soins
0 : Le sujet ne se plaint pas
1 : Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui
2 : Le sujet se plaint en présence du soignant
3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement dès qu'on le soigne
4 : Le sujet crie ou se plaint violemment dès qu'on le soigne



Échelle Doloplus 2

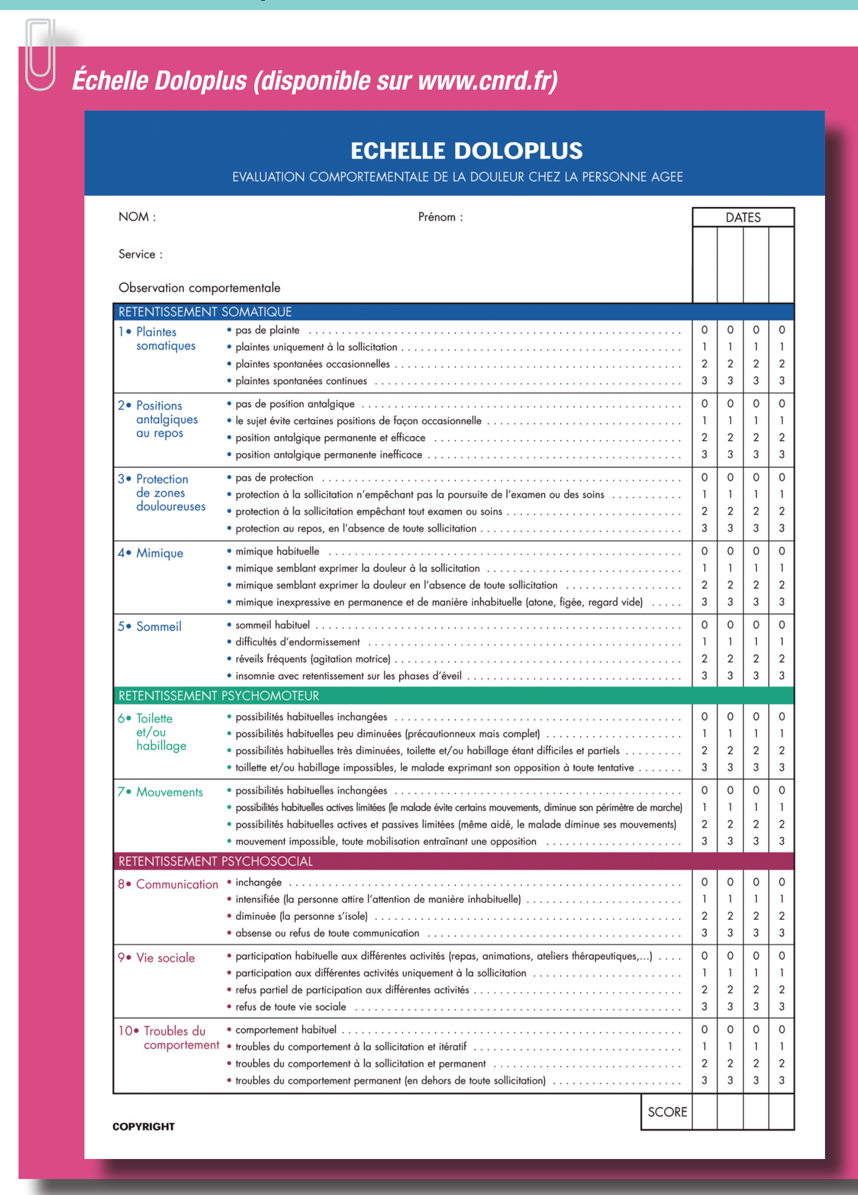


Observation comportementale du patient.

Un score supérieur ou égal à 5/30 signe la douleur. Pour les scores approchant 5/30, il faut traiter pour vérifier une baisse du score.

L'échelle DOLOPLUS 2 doit être remplie en équipe pluridisciplinaire et nécessite que cette dernière soit familiarisée avec l'outil.

Échelle Doloplus (disponible sur www.cnrd.fr)



ECHELLE DOLOPLUS

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE

NOM : Prénom :

Service :

Observation comportementale

		DATES			
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1• Plaintes somatiques	• pas de plainte	0	0	0	0
	• plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	• plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2• Positions antalgiques au repos	• pas de position antalgique	0	0	0	0
	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	• position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	• position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3
3• Protection de zones douloureuses	• pas de protection	0	0	0	0
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
4• Mimique	• mimique habituelle	0	0	0	0
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3
5• Sommeil	• sommeil habituel	0	0	0	0
	• difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	• réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
6• Toilette et/ou habillage	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	• toillette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
7• Mouvements	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
8• Communication	• inchangée	0	0	0	0
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	• diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	• absense ou refus de toute communication	3	3	3	3
9• Vie sociale	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)	0	0	0	0
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	• refus de toute vie sociale	3	3	3	3
10• Troubles du comportement	• comportement habituel	0	0	0	0
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2
	• troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3
	SCORE				

COPYRIGHT



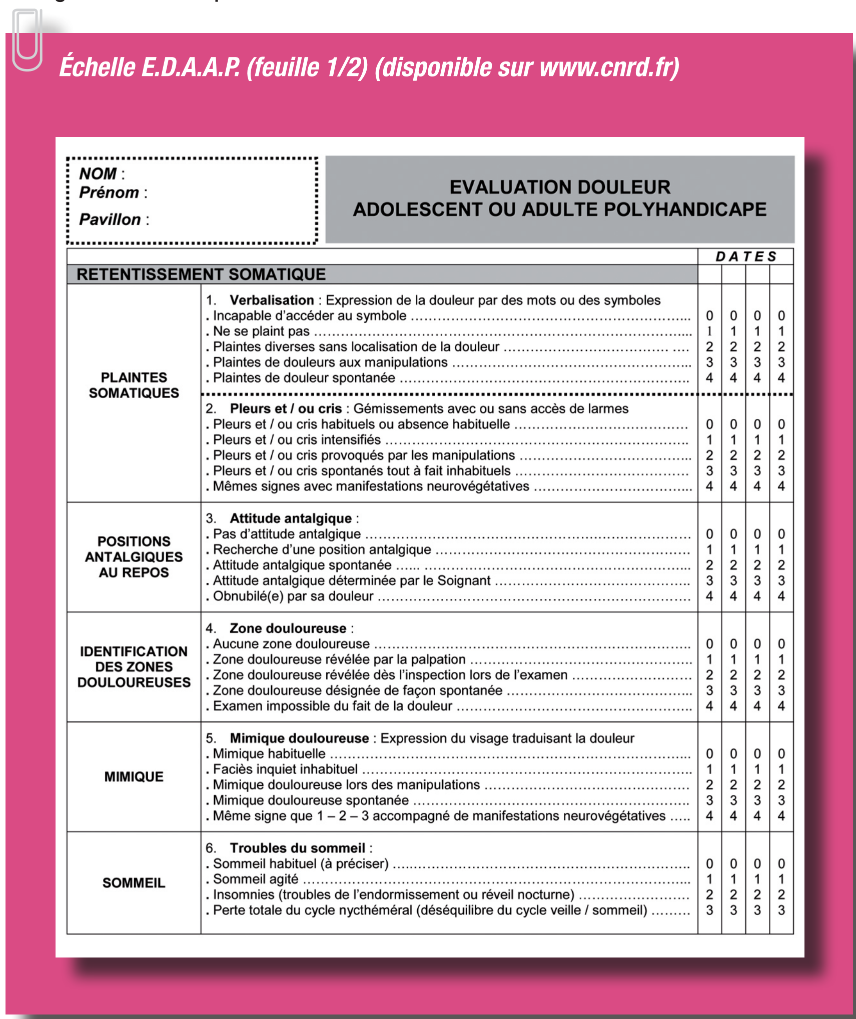
Echelle E.D.A.A.P.

(Echelle de l'expression de la Douleur chez l'Adolescent ou Adulte Polyhandicapé)

Permet de mesurer l'écart entre l'expression habituelle du patient et l'expression perturbée dans l'hypothèse d'une douleur.

L'existence d'une douleur sera affirmée pour tout score égal ou supérieur à 7 et confirmée par un retour progressif de l'expression habituelle du patient après prise en charge ou mise en place d'un traitement efficace.

Échelle E.D.A.A.P. (feuille 1/2) (disponible sur www.cnrd.fr)



NOM :
Prénom :
Pavillon :

EVALUATION DOULEUR
ADOLESCENT OU ADULTE POLYHANDICAPE

		DATES			
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
PLAINTES SOMATIQUES	1. **Verbalisation** : Expression de la douleur par des mots ou des symboles				
	. Incapable d'accéder au symbole	0	0	0	0
	. Ne se plaint pas	1	1	1	1
	. Plaintes diverses sans localisation de la douleur	2	2	2	2
	. Plaintes de douleurs aux manipulations	3	3	3	3
	. Plaintes de douleur spontanée	4	4	4	4
	2. **Pleurs et / ou cris** : Gémissements avec ou sans accès de larmes				
	. Pleurs et / ou cris habituels ou absence habituelle	0	0	0	0
	. Pleurs et / ou cris intensifiés	1	1	1	1
	. Pleurs et / ou cris provoqués par les manipulations	2	2	2	2
	. Pleurs et / ou cris spontanés tout à fait inhabituels	3	3	3	3
	. Mêmes signes avec manifestations neurovégétatives	4	4	4	4
POSITIONS ANTALGIQUES AU REPOS	3. **Attitude antalgique** :				
	. Pas d'attitude antalgique	0	0	0	0
	. Recherche d'une position antalgique	1	1	1	1
	. Attitude antalgique spontanée	2	2	2	2
	. Attitude antalgique déterminée par le Soignant	3	3	3	3
	. Obnubilé(e) par sa douleur	4	4	4	4
IDENTIFICATION DES ZONES DOULOUREUSES	4. **Zone douloureuse** :				
	. Aucune zone douloureuse	0	0	0	0
	. Zone douloureuse révélée par la palpation	1	1	1	1
	. Zone douloureuse révélée dès l'inspection lors de l'examen	2	2	2	2
	. Zone douloureuse désignée de façon spontanée	3	3	3	3
	. Examen impossible du fait de la douleur	4	4	4	4
MIMIQUE	5. **Mimique douloureuse** : Expression du visage traduisant la douleur				
	. Mimique habituelle	0	0	0	0
	. Faciès inquiet inhabituel	1	1	1	1
	. Mimique douloureuse lors des manipulations	2	2	2	2
	. Mimique douloureuse spontanée	3	3	3	3
	. Même signe que 1 – 2 – 3 accompagné de manifestations neurovégétatives	4	4	4	4
SOMMEIL	6. **Troubles du sommeil** :				
	. Sommeil habituel (à préciser)	0	0	0	0
	. Sommeil agité	1	1	1	1
	. Insomnies (troubles de l'endormissement ou réveil nocturne)	2	2	2	2
	. Perte totale du cycle nycthéméral (déséquilibre du cycle veille / sommeil)	3	3	3	3



Échelle E.D.A.A.P. (feuille 2/2) (disponible sur www.cnrd.fr)

		DATES			
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
CAPACITE A REAGIR LORS DES SOINS DOULOUREUX	7. **Douleur induite** : Nommer le type de soin . Réaction d'appréhension .... Réaction d'opposition ou de retrait .... Etat de prostration	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
TONUS	8. **Tonus** : Accentuation des troubles du tonus (augmentation de la spasticité, des trémulations, schèmes en hyperextension) . Manifestations habituelles .... Raideur accentuée au repos .... Accentuation des troubles lors des manipulations ou gestes potentiellement douloureux .... Mêmes signes que 1 et 2 avec mimique douloureuse .... Mêmes signes que 1 – 2 ou 3 avec cris et pleurs	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
EXPRESSION DU CORPS	9. **Accentuation des mouvements spontanés** : (volontaires ou non – coordonnés ou non) . Manifestations habituelles (les nommer) .... Recrudescence de mouvements spontanés .... Etat d'agitation inhabituel .... Mêmes signes que 1 ou 2 avec mimique douloureuse .... Mêmes signes que 1 – 2 ou 3 avec cris et pleurs	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
COMMUNICATION	10. **Capacité à interagir avec le Soignant** : communication verbale ou non verbale . Vie pauci relationnelle difficile à évaluer .... Bonne communication habituelle .... Difficultés pour établir une communication .... Refus hostile de toute communication	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
VIE SOCIALE INTERÊT POUR L'ENVIRONNEMENT	11. **Relation au monde** . Vie pauci-relationnelle difficile à évaluer .... S'intéresse spontanément à l'environnement .... Intérêt faible, doit être sollicité(e) .... Désintérêt total pour l'environnement .... Etat de prostration	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
TROUBLES DU COMPORTEMENT	12. **Comportement** . Comportement habituel – stéréotypies habituelles (les nommer) .... Accentuation du comportement de base ou apparition de stéréotypies .... Réaction de panique : fuite, hurlements .... Actes d'automutilation	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	T O T A L				

Livret DOULEUR en Psychiatrie

2. Les difficultés de l'évaluation

L'évaluation de la douleur nécessite une mobilisation médico-soignante accrue. Les troubles de la communication verbale peuvent constituer un obstacle à l'évaluation chez certaines personnes.

En psychiatrie, la douleur est souvent sous estimée du fait même des difficultés pour l'évaluer :

- manque de réaction émotionnelle de ces patients en lien à leur pathologie et/ou leur traitement
- absence de réactivité comportementale extériorisée
- paroles et comportements difficiles à interpréter par les soignants

Par « non communicant », on entend généralement l'impossibilité de transmettre une information, un message. En médecine, l'interrogatoire revêt une importance que les progrès des examens complémentaires n'ont pas supplanté. Le patient demeure heureusement communicant dans la quasi-totalité des cas par le langage non-verbal. **Le néologisme de « dyscommunicant » ou le qualificatif de « non-verbalisant »** sont sans doute mieux adaptés à la description de ces situations. Face à la douleur, l'efficacité du traitement dépend de la qualité de l'évaluation qui doit être systématique et régulière. Pour la dépister, il faut observer le patient en dehors et pendant les soins et les sollicitations :

- Apparition de changements de comportements (pleurs, cris, bruits inhabituels, agitation, mimiques inhabituelles, grimaces, ...)
- Automutilation
- Changement de posture pour éviter l'inconfort
- Plaintes spontanées par la parole ou le geste
- Apathie, déprime, repli sur soi, ...

Ces manifestations comportementales peuvent être confondues avec des symptômes de la pathologie psychiatrique.

Des échelles comme « Doloplus 2 » proposent une évaluation par le biais de la cotation en équipe.

La connaissance des habitudes de vie du patient est nécessaire afin de pouvoir déceler tout changement de comportement (famille, aidants, soignants).

L'interdisciplinarité est au fondement de la psychiatrie et de la médecine de la douleur.



IV. Soulager la douleur

1. Traitements médicamenteux de la douleur

Les traitements réservés aux urgences ou à la chirurgie ne seront pas évoqués ici

• Principes généraux de prescription des traitements

Bannir le placebo mais utiliser l'effet placebo.

Le placebo et l'effet placebo

Le placebo (du latin « je plairai ») est une substance neutre ou une procédure dépourvue de tout effet sur l'organisme.

Il est utilisé dans les essais cliniques pour vérifier l'efficacité réelle d'un médicament au cours d'études « en double aveugle contre placebo ».

L'effet placebo est un effet psychologique et physiologique de toute action faite avec intention thérapeutique. Il est basé sur la relation de confiance soignant- soigné. Il concerne tous les actes thérapeutiques y compris la chirurgie.

L'effet inverse est appelé effet nocebo (« je nuirai »).

Toute personne y compris les nourrissons,(et même les animaux) peut être à un moment « placebo répondeur ou non » suivant les circonstances (type de maladie, médecin, relation médecin-malade, environnement).

Pour les médicaments, jouent aussi le nom, le goût, la couleur, le prix, la délivrance sur ordonnance, la forme (l'IM est « plus » efficace).

En cas de douleur, donner une substance inactive et obtenir un soulagement ne veut pas dire que la douleur est imaginaire mais témoigne seulement de la croyance du patient dans l'efficacité des traitements médicamenteux.

En ce qui concerne la douleur, plusieurs études ont montré que l'effet placebo est lié à la libération d'opioïdes endogènes.

Il faut donc bannir le placebo mais utiliser au maximum l'effet placebo, pilier de toute thérapeutique, en développant la qualité de la relation soignant/soigné.

Pour en savoir plus : http://www.cnrd.fr/Effet-placebo.html

Tenir compte non seulement du patient (âge, poids, existence d'éventuelles contre-indications liées à la pathologie du patient) **mais aussi de l'histoire de sa douleur,** de sa **cause**, du **type de douleur** (nociceptive, neurogène ou mixte), de son **intensité** et son **évolution**, et de l'**histoire pharmacologique du patient** (ce qui a été et ce qui n'a pas été efficace) et des **traitements intercurrents.**

Privilégier la voie orale.

Administrer le traitement à heures fixes et non à la demande (seules les interdoses seront à la demande).

Pour traiter la douleur chronique : traitement régulier et préventif (avec un traitement en interdose si nécessaire), en tenant compte de la pharmacologie et de la forme galénique du produit.

Pour traiter la douleur aiguë : selon le besoin mais rapidement pour ne pas entraîner une mémorisation de la douleur.

Prévoir des interdoses. Penser à utiliser plusieurs classes thérapeutiques.

Évaluer et réévaluer systématiquement et régulièrement l'efficacité du traitement, sa tolérance et ses effets secondaires.

Anticiper les douleurs prévisibles : avec une adaptation de la dose si besoin et en respectant le temps nécessaire pour une action antalgique maximale.

On utilise

- Les **antalgiques classiques** opioïdes ou non opioïdes qui agissent directement sur les mécanismes générateurs de la douleur.
- Des **médicaments à action spécifique**, comme les anticonvulsivants (douleurs neurogènes fulgurantes), les anesthésiques locaux, le MEOPA.
- Certains **antidépresseurs notamment tricycliques** ont une action antalgique par des mécanismes indépendants de leur action sur l'humeur.
- Des **adjuvants** comme les myorelaxants ou les antispasmodiques.
  Les benzodiazépines sont utilisées pour leur propriété myorelaxante.
  Elles ne modifient pas l'intensité de la douleur mais réduisent son côté désagréable. De même les antidépresseurs peuvent aider à la prise en charge d'un état dépressif associé.

• Les antalgiques classiques

La classification en paliers de l'OMS organise les antalgiques selon trois paliers en fonction de leur efficacité. En cas de douleurs intenses, on peut commencer d'emblée par le niveau 3.

Les antalgiques de niveau 1

Ils sont indiqués dans les douleurs légères à modérées.

- le paracétamol, (présente le moins d'effets indésirables).
  - en pratique 1 g x 3 ou 4 fois/24^{H} en 3 ou 4 prises (3 g en cas de dénutrition, insuffisance hépato-cellulaire, alcoolisme, déshydratation)
- AINS : aspirine et les autres anti-inflammatoires non stéroïdiens.
  - à privilégier, l'ibuprofène à doses modérées
  - en pratique 400 mg x 3/24H au moment des repas

Les antalgiques de niveau 2

Opioïdes faibles utilisés seuls ou en association avec le paracétamol :

- la codéine, la dihydrocodeine, le tramadol.
  - douleurs modérées à sévères et/ou en cas d'échec des antalgiques de niveau 1 seuls.
  - en pratique, l'OMS préconise l'association codéine/paracétamol (avec au moins 30 mg de codéine) toutes les 4 à $6^H/24^H$.
  - le tramadol (opioïde et inhibiteur de la recapture de la sérotonine) en pratique 400 mg/24^H au maximum, toutes les 4 à 6^H, attention aux insuffisances rénale et épathique.

La codéine est métabolisée en partie en morphine : métaboliseurs lents et rapides aussi (un certain nombre de personnes ne possédent pas l'enzyme nécessaire et sont insensibles à l'action antalgique de la codéine).

Les antalgiques de niveau 3, ou opioïdes forts,

- morphine, fentanyl, oxycodone (agonistes purs, sans plafonnement de l'action antalgique).
  - douleurs intenses et/ou échec des antalgiques de niveau 2
  - la morphine est le meilleur choix

(Voir tableau p. 23)

Ces traitements sont disponibles sous diverses formes galéniques permettant d'adapter leur administration à la situation.

Liste des principaux opioïdes forts* (antalgiques de niveau 3)

Spécialité concernées	Formes	Pics d'action	Durée d'action
Chlorhydrate et sulfate de morphine injectable Amp. 10 – 20 – 50 – 100 – 200 - 400 – 500 mg **Chlorhydrate d'oxycodone injectable** OXYNORM® amp. 10 - 20 – 50 – 200 mg	Ampoules injectables En sous cutanée Toutes les 4 à 6 h	15/20 mn	3 à 5^H
	avec système actif (PSE, PCA)		
Morphine solution buvable, amp. 10 et 20 mg **Sulfate de morphine** SEVREDOL® cp. sécable 10 – 20 mg ACTISKENAN® gel 5 – 10 – 20 – 30 mg ORAMORPH® solution compte-gouttes 20 mg/ml ou ampoules unidose **Chlorhydrate d'oxycodone** OXYNORM® gél. 5 – 10 – 20 mg OXYNORMORO® cp. orodispersibles 5 – 10 – 20 mg	Formes orales à libération immédiate (LI) **6 prises maximum par 24^H**	±30 mn à 1^H	±4^H
Sulfate de morphine MOSCONTIN® cp. 10 – 30 – 60 – 100 – 200 mg SKENAN® gél. 10 – 30 – 60 – 100 – 200 mg **Chlorhydrate d'oxycodone** OXYCONTIN® cp. 5 – 10 – 20 – 40 – 80 – 120 mg **Chlorhydrate d'hydromorphone** SOPHIDONE® gel. 4 – 8- 16 -24 mg	Formes orales à libération prolongée (LP) **2 prises par 24^H**	$2/3^H$	±12^H
Sulfate de morphine KAPANOL® gél. 20 – 50 – 100 mg	Forme orale à libération prolongée (LP) **1 prise par 24^H**	$2/3^H$	±24^H
Fentanyl ABSTRAL® cp. sublingual 100 – 200 – 300 – 400 – 600 – 800 µg ACTIQ® cp. pour application buccale transmuqueuse 200 – 400 – 600 – 800 – 1200 – 1600 µg EFFENTORA® cp. gingivaux 100 – 200 – 400 – 600 – 800 µg INSTANYL® ou PECFENT® sol. pour pulvérisation nasale 50 – 100 – 200 µg – 400 µg	Variable Pour traiter des pics douloureux	Variable selon spécialité (≤ à 19mn)	±6^H
Fentanyl DUROGESIC® patch 12 – 25 – 50 – 75 – 100 µg FENTANYL RATIOPHARM® patch 12 – 25 – 50 – 75 – 100 µg FENTANYL SANDOZ® patch 12 – 25 – 50 – 75 – 100 µg FENTANYL WINTHROP® patch 25 – 50 – 75 – 100 µg MATRIFEN® patch 12 – 25 – 50 – 75 – 100 µg	Transdermique	$12/24^H$	±72^H ±17 à 24^H après le retrait

*liste complète des opioïdes sur la base thériaque *www.theriaque.org*



Antalgiques, ce qu'il faut retenir :

Recherche de la cause de la douleur

↓

Traitement antalgique* + traitement étiologique + prise en charge psychologique

* médicamenteux, non-médicamenteux ou les deux

Douleurs par excès de nociception

- **Douleurs de faible ou moyenne intensité**
  → **Antalgique non opioïde niveau 1**
  → **Si inefficace**
  → **Antalgique opioïde niveau 2 ± antalgique niveau 1**
- **Douleurs de forte intensité**
  - **Aiguë** → Voie parentérale de préférence
  - **Chronique** → Voie orale de préférence
  → **Antalgique opioïde fort de niveau 3 ± Antalgique non opioïde de niveau 1 choix en fonction du terrain**
  → Traitement régulier et préventif
  Posologie adaptée en fonction de la réponse clinique
  (+ interdose si nécessaire)
  Pas de dose maximale pour les opioïdes forts si les effets indésirables sont maîtrisés

Douleurs neurogènes

- **Douleurs paroxystiques**
- **Douleurs permanentes**

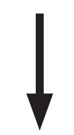
→ **Anticonvulsivants**
Antidépresseurs tricycliques
± anesthésiques locaux
± antalgiques opioïdes

Douleurs mixtes (cancer) (excès de nociception + neurogènes)
→ **Antalgique paliers 1, puis 2, puis 3 + antidépresseurs tricycliques ou anticonvulsivants**



Adaptation, selon le terrain

Antalgiques non opioïdes	Antalgiques opioïdes	


Antalgiques non opioïdes

Paracétamol

Antalgique de 1ère intention

(si insuffisance hépatique ou rénale : diviser les posologies par 2)

Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

Contre-indiqués :

Chez le sujet âgé car risque d'insuffisance rénale aiguë

Chez la femme enceinte ou allaitante

Chez le sujet avec antécédents d'ulcère

Chez le sujet avec des risques hémorragiques ou traitement anti-vitamine K

Aspirine : contre-indication chez l'asthmatique et chez le sujet traité par methotrexate

Interactions médicamenteuses avec lithium, diurétiques, sartans :
surveiller la fonction rénale

Prudence en cas d'insuffisance cardiaque

Faible

Codéine

Antalgique de référence

- **Si asthme :** éviter la codéine
- **Risque de dépendance**

Contre-indications : tramadol, insuffisance respiratoire, insuffisance hépato-cellulaire

Effets indésirables : nausées, vomissements, constipation

Interactions médicamenteuses : naltrexone (Revia®)

Fort

Morphine

Antalgique de référence

Pas de dépendance psychique chez le sujet qui a mal

Risque de dépendance physique :
Si sevrage brutal ou si association avec opiacé agoniste/antagoniste

Prévenir la constipation :
laxatifs osmotiques

Si vomissements :
Anti-émétique y compris anti-sérotonine type Zophren® en complément de la voie parentérale

Si dysphagie :
solution orale ou microgranules ou patch de Fentanyl et voie parentérale

Si rétention urinaire :
diminuer les doses et Bolus de Narcan®

Si insuffisance hépatique ou rénale :
diminuer les doses

• Les traitements à actions plus spécifiques

Pour les douleurs neurogènes

- **Les antidépresseurs imipraminiques** (clomipramine, amitriptyline) **à posologie inférieure** à la posologie antidépressive sont parfois efficaces sur ce type de douleurs.

En pratique, on commence par de faibles doses.

  - Amitriptyline : 5 à 20 gouttes le soir en augmentant par paliers de 10 mg jusqu'à 40 à 75 mg/jour ou plus si la tolérance est correcte.

- **Les antidépresseurs IRS et IRSNA** sont parfois utilisés mais seule la duloxetine a l'AMM pour la douleur neuropathique du diabétique. 60 à 120 mg par jour selon tolérance en 1 à 2 prises.
- **Les anti-épileptiques**
  - Carbamazépine dans la névralgie du trijumeau et autres douleurs neuropathiques. A dose de 100 mg au début puis par palier de 100 mg tous les 3 à 7 jours, sans dépasser 2000 mg par jour.
  - Gabapentine et Prégabaline dans les douleurs neuropathiques périphériques et les névralgies post-zostériennes.

Pour les douleurs iatrogènes

- **Les anesthésiques locaux de surface ou en infiltration**

Disponible sous plusieurs formes (solution injectable, spray, gel), la lidocaïne reste l'anesthésique local le plus utilisé pour la chirurgie dentaire, les actes de petite chirurgie (sutures, etc.). Associée à la prilocaïne, la lidocaïne entre dans la composition de la crème et des patchs qui permettent la réalisation d'une anesthésie de surface. La lidocaïne seule existe en emplâtre médicamenteux (Versatis®) pour traiter la douleur post-zostériennes.

- **Le MEOPA**

Un gaz incolore, inodore, composé de 50% d'oxygène et de 50 % de protoxyde d'azote. **Administré par inhalation** chez l'enfant de plus de 4 ans et chez l'adulte grâce à un masque bucco-nasal, il permet une sédation consciente, une analgésie de surface, une euphorie facilitant la réalisation d'actes de soins douloureux de courte durée, en particulier les soins dentaires chez les enfants et les patients anxieux ou déficitaires.

• Les fiches techniques

Comment bien prescrire la morphine ?

La morphine est l'antalgique de niveau 3 de référence. Par crainte d'un risque surévalué de toxicomanie, sa prescription a été longtemps réduite.

QUAND L'UTILISER ?

En cas de douleurs aiguës intenses (infarctus du myocarde, fracture douloureuse,…) en traitement brefs.

En présence de douleurs nociceptives intenses et chroniques de causes cancéreuses ou rhumatologiques après échec des autres stratégies antalgiques.

Les contre-indications sont relatives, à considérer en fonction du besoin antalgique : insuffisance respiratoire, insuffisance rénale, traumatisme crânien, état convulsif,...

COMMENT ?

Initier la morphine orale par une titration progressive :

La dose efficace va de 2,5 mg à 30 mg de morphine LI (Libération Immédiate) toutes les 4ᴴ selon le patient. Lorsque la douleur reste trop intense ou réapparaît, une interdose équivalente est proposée avec un intervalle minimal d'une heure entre deux prises.

En pratique on prescrit :

Morphine libération immédiate (LI) 10 mg toutes les 4 h + morphine LI 10 mg si besoin à 1h de la prise précédente + laxatifs le matin + anti-nauséeux si nausées.

La dose quotidienne du jour suivant est obtenue en additionnant les besoins en morphine des jours précédents : il n'y a pas de posologie maximale tant que les effets secondaires sont maîtrisés.

Quand la dose quotidienne est définie, les formes LP (Libération Prolongée) sont préférables pour réduire le nombre de prises. Prévoir des interdoses en cas de pics douloureux : changements de position, défécation (1/10 ou 1/6 de la dose totale).

En pratique :

Morphine LP x mg	*1 dose matin et soir à 12ᴴ d'intervalle*
+ Morphine LI	*une dose à x/5 mg toutes les 4ᴴ si douleurs ou 1ᴴ avant une situation douloureuse*
+ Laxatif osmotique	*1 à 2 sachet le matin en systématique*
+ Anti nauséeux	*si nausées ou vomissements*

Attention au risque de cumul des effets indésirables sur la constipation des traitements psychotropes et de leurs correcteurs.

La somnolence de début de traitement est souvent transitoire, mais exige une surveillance en cas d'association avec des traitements sédatifs dont les benzodiazépines (qui augmentent également le risque de dépression respiratoire).

Une alternative pratique en EPSM : le fentanyl, commercialisé en France sous forme de patch transdermique pour les patients souffrant de douleurs stables.

Un patch de fentanyl 25 µg correspond à environ 60mg de morphine par 24^{H}. Ce n'est pas un traitement d'initiation : il faut en moyenne 24^{H} pour obtenir l'efficacité maximale. L'activité du fentanyl est diminuée par les inducteurs enzymatiques notamment la carbamazépine.

Arrêt du traitement : L'arrêt doit toujours être progressif, 30% à 50% par paliers hebdomadaires en fonction de la clinique.

Comment surveiller un traitement par morphine ?

- Au début du traitement et à chaque augmentation de posologie :
  - La sédation
  - La respiration : respiration régulière, ronflements, respiration irrégulière, obstruction, pause apnée. La fréquence respiratoire par minute doit rester > 10
  - La douleur (échelle à définir selon le patient) : Un patient qui souffre ne peut pas faire de dépression respiratoire.
- Chaque jour : nausées, constipation, prurit, troubles mictionnels, somnolence, parfois sensations vertigineuses, hallucinations, ...

Quelques idées fausses

La morphine rend dépendant : c'est faux dans le cadre d'une prescription médicale bien conduite.

Chez les patients à « risques » (qui ont déjà présenté des dépendances à l'alcool ou à d'autres drogues), un traitement antalgique par morphinique est tout à fait possible. Il est nécessaire d'informer le patient d'un risque « théorique » de faire resurgir un besoin. On préférera alors les formes à libération prolongée ou le Fentanyl en cas de douleurs stables. Les patients sous substitution par méthadone peuvent être traités par morphine (voir douleur et médicaments de substitution aux opiacés).

La tolérance pharmacologique aux opioïdes conduit parfois à devoir augmenter les doses pour une efficacité antalgique constante. Ce qui est possible tant que les effets secondaires sont maîtrisés.

La morphine est mal supportée : c'est faux. La constipation, les nausées et les vomissements sont des effets indésirables fréquents mais les variations interindividuelles sont grandes. Ces effets indésirables peuvent être anticipés par une prescription appropriée. Nausées et vomissements disparaissent au bout de quelques jours .

La morphine peut provoquer des troubles psychiques (somnolence, confusion, troubles de l'humeur, hallucination), surtout quand elle est associée avec des médicaments sédatifs qui augmentent aussi le risque de dépression respiratoire. Ceci ne contre-indique pas l'utilisation de la morphine. Une surveillance attentive doit être mise en route en début de traitement, puis en cas d'augmentation de posologie.

La morphine est le meilleur traitement de la douleur : c'est faux en douleur chronique. C'est plutôt un traitement diversifié médicamenteux et non-médicamenteux et une prise en charge globale qui compte.

Comment bien administrer le Fentanyl en patch ?

Le fentanyl est un antalgique opioïde fort, soumis à la réglementation des stupéfiants.

Le patch est un dispositif cutané qui permet le passage transdermique du fentanyl. Il est composé d'une matrice (réservoir) adhésive contenant le fentanyl, d'un support protecteur et d'une feuille protectrice détachable.

Il existe différents dosages et différents types de matrices selon les spécialités commercialisées. Ce dispositif agit sur une période de 72H environ. Le patch ne doit être ni coupé ni plié.

QUAND L'UTILISER ?

En cancérologie et rhumatologie, **lors de douleurs chroniques intenses stables bien contrôlées par un traitement per os préalable** (ce n'est pas un traitement d'initiation).

COMMENT ?

• Déterminer la dose nécessaire

Morphine per os	Fentanyl en patch
pour 60 mg/ 24H	donner 25 µg / heure

Doses de secours de morphine

prescrites systématiquement (max. 6 doses / 24H (attendre minimum 1H entre chaque renouvellement)).

Fentanyl patch µg / heure	12	25	37	50	75	100
Morphine action rapide mg / prise	5	10	15	20	30	40

• Informer le patient (si possible).

• Noter sur le patch la date et l'heure de la pose.

• Appliquer le patch sur une zone plane, saine, sans poils, sèche, non irradiée, du haut du corps après avoir vérifié que tous les anciens patchs aient été retirés. On peut renforcer l'adhésion avec un adhésif transparent. Certains dispositifs transparents peuvent passer inaperçus.

• La prochaine administration se fera à J+3 à la même heure en variant les zones d'application tout en restant sur la même zone du corps.

• Programmer un planning précis de changement du patch afin d'éviter tout oubli.

• Le patch usagé doit être placé dans une pochette d'élimination fournie avec le produit ou à défaut dans son emballage initial et rendu à la pharmacie qui se charge de son élimination (Attention même usagé le patch contient toujours du principe actif et doit donc être considéré comme un stupéfiant).

• Eviter l'exposition du patient à des sources de chaleur externe (bouillotte).

• Prévenir le médecin en cas de fièvre qui augmente fortement la résorption vasculaire du fentanyl (risque de surdosage).

Livret DOULEUR en Psychiatrie

Fiches techniques

REMARQUES IMPORTANTES

• Il faut 12H pour que le taux du fentanyl soit efficace. Lors du relais de la voie orale, il convient donc de donner la dernière prise de morphinique de façon à couvrir cette période.

• Deux à trois jours sont nécessaires pour obtenir un taux plasmatique stable de fentanyl. En cas de douleurs mal contrôlées, il faut avoir recours à des doses de secours de morphiniques à action rapide qui doivent être prescrites systématiquement jusqu'à stabilisation.

• De même, il faut 12H après l'ablation du patch pour que le taux sanguin de fentanyl diminue de façon significative.

• Chez 10 à 15 % des patients, la durée d'action est plus proche des 48H que des 72H. Les patients sont soulagés pendant deux jours, puis demandent des doses de secours le troisième jour. Il faut alors revoir avec le médecin pour envisager un changement de patch toutes les 48H. Une surveillance attentive des patients mal communicants est nécessaire.

• Le fentanyl a une efficacité modérée sur les douleurs neuropathiques.

• Cas des personnes âgées :

- *Pas d'initiation de traitement avec la forme patch.*
- *45 mg de morphine per os par 24 heures = à 12 µg par heure de Fentanyl patch.*
- *Le délai d'élimination est prolongé (18 à 20H).*
- *Les effets secondaires sont majorés (constipation).*
- *Placer le patch hors d'atteinte pour les personnes ayant des troubles cognitifs.*

Comment bien administrer le mélange anesthésique LIDOCAINE/PRILOCAINE (EMLA®) ?

Le mélange lidocaïne/prilocaïne se présente sous deux formes : un tube de crème, ou un patch prêt à l'emploi. Le temps de pose du produit diffère selon qu'il est appliqué sur une peau saine ou ulcérée.

QUAND L'UTILISER ?

Sur prescription médicale

- pour prévenir la douleur induite par certains soins invasifs.
- lors de la détersion mécanique d'ulcère (en complément ou non d'une antalgie par voie orale).

Les soins doivent être programmés à l'avance pour respecter le temps de pose du produit.

COMMENT ?

Prévenir le patient, lui expliquer le soin et l'intérêt d'utiliser le mélange anesthésiant.

- Avant les effractions cutanées *(passage de la barrière cutanée lors des IV, IM, SC…)*
  - *Appliquer la pastille blanche du patch sur la zone à anesthésier.*
  - *Appuyer fermement sur le pourtour du pansement adhésif.*
  (pour une meilleure adhésion, utiliser le patch uniquement sur des surfaces planes).
  - *Respecter le temps de pose (1H pour une profondeur de 3 mm, 2H pour une profondeur de 5 mm).*
  - *Enlever le pansement.*
  - *Essuyer la crème avec une compresse stérile.*
  - *Attendre 10 à 15 mn avant l'effraction si besoin, ce délai facilite la recoloration de la peau et la réapparition de la veine.*
- Lors de la détersion d'ulcères
  - *La crème est réservée aux ulcères nécessitant une détersion.*
  - *Elle doit être limitée à un maximum de **8 applications** cumulées au rythme d'une par semaine.*
  - *Appliquer une couche épaisse de crème sur la zone ulcérée.*
  (maximum 10 g/application) avec une compresse et en portant des gants non stériles
  - *Recouvrir la crème d'un pansement stérile, occlusif et non absorbant.*
  - *Respecter un temps de contact de 30 mn.*
  - *Retirer la crème à l'aide d'une compresse stérile.*
  - *Pratiquer la détersion de l'ulcère.*
  - *Jeter les tubes, même entamés, à la fin du soin, dans le carton D.A.S.R.I.*
  - *Noter dans le dossier de soins la quantité de crème utilisée, la plaie concernée, la surface détergée, le temps de pose.*

La durée d'anesthésie, après retrait de la crème, est estimée à environ 30 mn.

En cas d'effet indésirable après application (érythème ou pâleur locale, prurit ou sensation locale de brûlure, eczéma de contact, réactions allergiques exceptionnelles), retirer la crème et prévenir le médecin.

En cas d'inefficacité antalgique, interrompre la détersion et revoir la stratégie antidouleur.

Comment bien administrer le MEOPA ?

Le MEOPA est un gaz incolore, inodore, composé de 50% d'oxygène et de 50 % de protoxyde d'azote. Administré par inhalation chez l'enfant de plus de 4 ans et chez l'adulte grâce à un masque bucco-nasal, il permet une sédation consciente, une analgésie de surface, une euphorie facilitant la réalisation d'actes de soins douloureux de courte durée, en particulier les soins dentaires chez les enfants et les patients anxieux ou déficitaires.

QUAND L'UTILISER ?

L'administration du MEOPA s'effectue sur prescription médicale dans des locaux adaptés (au minimum une pièce ventilée), par un personnel paramédical spécifiquement formé. L'administration n'est pas conseillée au delà de 60 mn consécutives.

COMMENT ?

› 1 - Préparation du patient

Expliquer le déroulement du geste pour obtenir la coopération du patient (dans la mesure du possible) :

- Montrer le masque qui sera appliqué sur le visage et le matériel.
- Prévenir le patient qu'il peut ressentir une gêne respiratoire au début, qu'il doit respirer profondément, qu'il ne dormira pas et qu'il se sentira détendu.
- Prendre le temps de lui expliquer ce qu'il peut ressentir (fourmillements, vertiges, nausées, modification des perceptions sensorielles, parfois angoisse ou agitation). Ces effets disparaissent dans les minutes qui suivent l'arrêt de l'inhalation.
- Suggérer au patient de penser à des événements agréables juste avant et pendant l'inhalation.
- Le couvrir d'une couverture si besoin.

› 2 - Déroulement du soin

Le matériel d'administration a été vérifié et préparé.

L'I.D.E. formée à l'utilisation du produit administre le MEOPA pendant qu'une autre personne effectue le soin douloureux.

Durant le soin l'environnement doit être calme, le nombre de personnes réduit. Celles qui sont présentes doivent parler à voix basse. (L'inhalation du MEOPA amplifie et déforme les bruits).

- Appliquer le masque sur le visage du patient, lui faire tenir si c'est possible.
- Ouvrir le robinet de la bouteille, vérifier la pression qui doit être supérieure à 50 bars.

- Faire inhaler le produit pendant au moins 3 mn en vérifiant que le ballon se gonfle régulièrement (donc que le patient inhale le produit).
- Adapter le débit de la bouteille au cours du soin au débit respiratoire du patient.
- Débuter le soin douloureux dès que la personne qui administre le mélange gazeux estime que c'est possible.
- Vérifier l'état de conscience du patient, en gardant le contact verbal durant le soin. En cas d'endormissement, interrompre immédiatement l'administration.
- A la fin de l'inhalation, fermer le robinet afin d'éviter les fuites.
- Pour les soins dentaires, fermer le robinet entre chaque inhalation.
- Vérifier que le patient va bien.
- Le laisser allongé 5 mn.
- Ouvrir la fenêtre en grand s'il n'y a pas de système d'évacuation de gaz extérieur.
- Tracer l'acte, désinfecter et ranger le matériel.





2. Traitements non médicamenteux de la douleur

Associées ou non aux traitements médicamenteux, différentes techniques peuvent être proposées au patient. Elles ont alors une place essentielle en santé mentale.

Celles-ci doivent être adaptées à la pathologie mentale. Ces techniques peuvent être divisées en trois catégories : les moyens physiques, les méthodes psycho-corporelles, et les méthodes comportementales.

Présentation de quelques techniques (cette liste est non exhaustive) :

Moyens physiques	Exercices physiques *Actif ou passif, fractionné et progressif, dès le lever, comme renfort musculaire, pour reprendre confiance en son corps et ses capacités, réduire le stress et favoriser la détente.*
	Application directe ou alternée de froid/chaud *Aide à diminuer les douleurs nociceptives, inflammatoires, musculaires, neuropathiques.*
	Toucher / Massage / Balnéothérapie / Kinésithérapie *Aide à mieux ressentir son corps, à apprécier les moments de détente, facilite le lien patient-soignant, réduit les réponses liées au stress des gestes potentiellement douloureux.*
Méthodes psycho-corporelles Ensemble des approches psychothérapeutiques partant du corps ou se servant du corps comme médiation.	Relaxation / Hypnose / Sophrologie / Yoga / Musicothérapie / Théâtre / Danse / Distraction *Diminue l'anxiété, le stress et la douleur.*
Méthodes comportementales Elles visent à amener le patient à modifier son comportement.	Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC) *Les différentes formes de TCC validées pour la douleur chronique ont pour objectif d'amener le patient à réussir les changements qui lui permettent de mieux vivre son quotidien en l'aidant à définir ses limites et à fixer des buts réalisables et importants pour lui. L'accent est mis sur l'activité du patient d'une part et sur l'identification des cognitions et des émotions qui lui sont associées d'autre part.*
	Imagerie mentale *Se focaliser sur une situation agréable tout en s'éloignant des sensations perçues.*
	Conditionnement opérant *Diminuer les conduites mal adaptées et renforcer les stratégies adaptées de «coping» c'est à dire «faire face».*
	Biofeedback *Techniques ludiques qui permettent au patient de comprendre et moduler certaines réponses physiologiques.*



V. Prévenir la douleur induites par les soins

Les douleurs induites sont le plus souvent de courte durée et interviennent dans des circonstances prévisibles. Elles sont donc susceptibles d'être anticipées par des mesures adaptées.

Certains gestes quotidiens peuvent générer des douleurs parfois importantes selon l'état physique et psychique du patient (mobilisation, transfert lit-fauteuil, réfection de lit, …).

Les soins et actes courants les plus douloureux en psychiatrie sont :

- Injection intramusculaire
- Pansement
- Ponction veineuse
- Soins de bouche
- Mobilisation
- Extraction d'un fécalome
- Pose de sonde urinaire.

1. Recommandations générales

Prévenir la douleur liée à un soin évite que ce geste soit définitivement associé à une douleur pour le patient. L'anxiété liée à l'anticipation du soin sera ainsi diminuée.

• Planifier et prévenir avant le soin

Prendre le temps d'expliquer au patient ce qui va être fait, dans quel but et de quelle manière en utilisant un vocabulaire simple et rassurant.

S'assurer de l'accord du patient et l'informer avec honnêteté. *Ex : ne pas cacher l'éventualité d'une douleur.*

Rechercher sa collaboration en fonction de ses capacités cognitives, en planifiant le soin avec lui par exemple, en recherchant le moment le plus propice dans le respect du plan de soins.

Analyser avec le patient le déroulement du soin et les sensations auxquelles il peut s'attendre : sensations de froid, de chaud, ce qu'il va voir, ce qu'il va entendre.

Prévoir une prémédication lorsqu'on doit réaliser un geste potentiellement douloureux ou redouté comme tel par le patient : donc demander la prescription d'une prémédication au médecin et respecter le délai d'action de celle-ci.

Travailler en binôme est une bonne stratégie pour sécuriser le patient : pendant qu'un soignant sera centré sur le contact, la détente, l'autre s'intéressera davantage à la réalisation technique du geste.

Regrouper les soins le plus possible et préparer le matériel à l'avance en le choisissant minutieusement et en l'adaptant à la morphologie du patient.

Favoriser un environnement optimal en veillant à ne pas être dérangé pendant le soin. L'environnement doit être le moins agressif possible au niveau de la lumière, du bruit, de la température.

Satisfaire ses besoins fondamentaux (lui donner à boire, l'inviter à uriner, desserrer ses vêtements, ...).

S'autoriser à reporter le soin s'il n'est pas adapté à l'état du patient ou si les conditions matérielles ne vous paraissent pas adéquates.

• Pendant le soin

Installer confortablement le patient et l'inviter à respirer calmement. Repérer les signes d'une éventuelle douleur ou d'une gêne.

Ecouter le patient de manière empathique, lui donner la parole. Il peut se sentir libéré s'il verbalise sa douleur ou la représentation qu'il se fait du soin.

L'écoute est indispensable pour entendre ce que le malade signifie à travers ses mots ou ses silences, son vécu et sa douleur (attention au piège de l'écoute sélective, du «se mettre à la place de»).

Décoder et reformuler. La reformulation consiste à redire en d'autres termes et d'une manière plus concise ou plus compréhensible ce que le patient vient d'exprimer.

Utiliser des techniques de distraction (détourner l'attention par un souvenir agréable, une confidence, une musique qu'il apprécie, ...).

Observer le comportement du patient (s'il est agité, apeuré ou au contraire détendu), évaluer son appréhension, c'est-à-dire identifier ce qui pour lui est source de difficultés et à l'inverse, repérer les mots ou les gestes qui augmentent son sentiment de sécurité, le rassurer si besoin.

Porter une grande attention aux changements de comportement des patients mal communicants : offrir un contact de la main, un visage bienveillant, se faire accompagner par une personne bien connue du patient pour le rassurer.

Maîtriser les gestes. Le soigné sera plus détendu si le soignant fait preuve d'assurance et de dextérité. Si le geste à réaliser est générateur de stress pour le soignant, celui-ci doit dans tous les cas éviter de le communiquer au patient. Le mieux est alors de passer la main à un autre collègue.

Associer éventuellement ses compétences à celles d'autres professionnels (psychologue, référent douleur, unité de soins palliatifs, …).

• Après le soin

Aider le patient à verbaliser son vécu du soin.

Ménager un temps de récupération.

Transmettre ce qui a favorisé le bon déroulement du soin et envisager des réajustements si le soin doit se renouveler.

Remplir l'échelle d'évaluation de la douleur.

• Thérapeutiques pharmacologiques sur prescription médicale

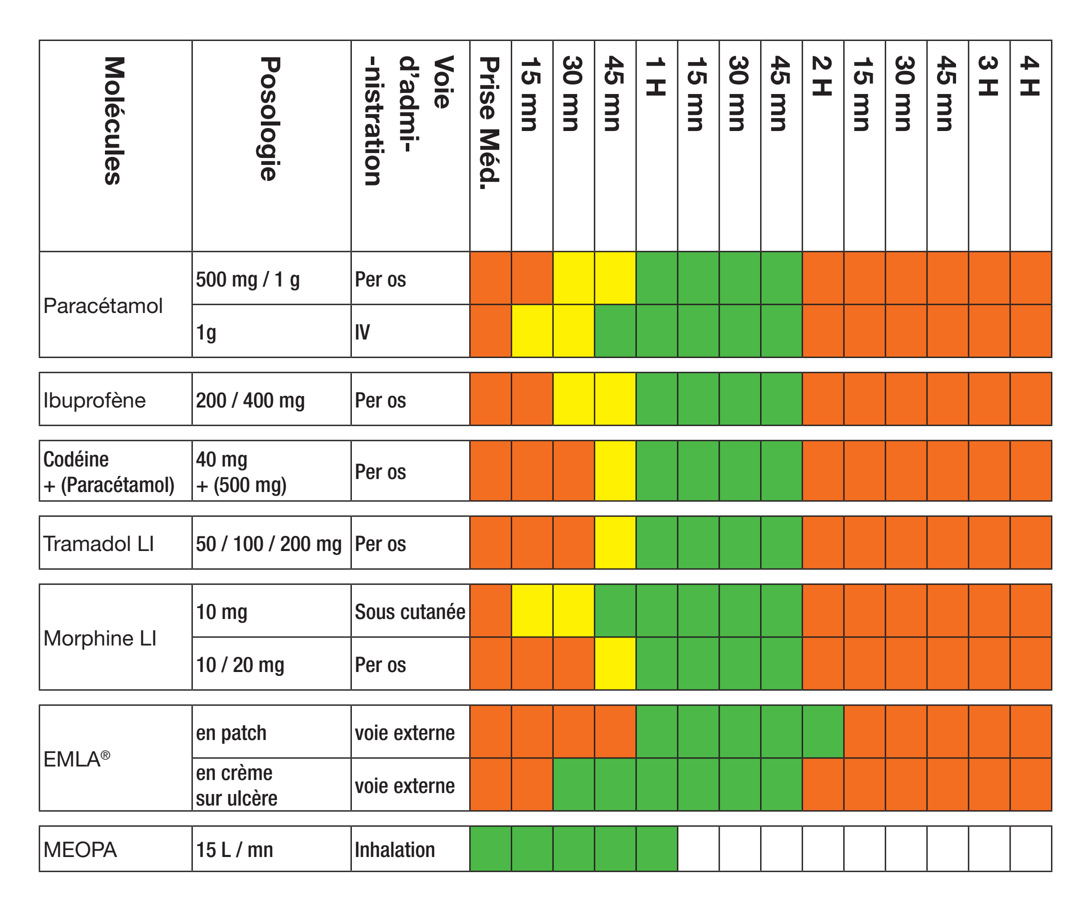
Il n'est pas toujours possible de faire disparaître la douleur lors des soins. La douleur peut cependant être fortement atténuée par la demande de prescription médicale anticipée :

- d'anesthésiques topiques de la peau ou des muqueuses (patch, crème anesthésiante, spray local, gel de lidocaïne),
- d'inhalation de MEOPA pour les soins douloureux de courte durée,
- d'administration per os et sur prescription d'un antalgique de niveau 3 en tenant compte de son délai d'action,
- d'administration d'anxiolytiques.

Le bon geste au bon moment.

Le meilleur moment pour exécuter un soin se situe quand l'antalgique déploie son plein d'effets (approximativement entre le pic plasmatique et la ½ vie).

Ce tableau a été élaboré en fonction des données pharmaceutiques disponibles, il ne fournit que des informations moyennes.



Molécules	Posologie	Voie d'admi-nistration	Prise Méd.	15 mn	30 mn	45 mn	1 H	15 mn	30 mn	45 mn	2 H	15 mn	30 mn	45 mn	3 H	4 H
Paracétamol	500 mg / 1 g	Per os	Orange	Orange	Jaune	Jaune	Vert	Vert	Vert	Vert	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
	1g	IV	Orange	Jaune	Jaune	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
Ibuprofène	200 / 400 mg	Per os	Orange	Orange	Jaune	Jaune	Vert	Vert	Vert	Vert	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
Codéine + (Paracétamol)	40 mg + (500 mg)	Per os	Orange	Orange	Orange	Jaune	Vert	Vert	Vert	Vert	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
Tramadol LI	50 / 100 / 200 mg	Per os	Orange	Orange	Orange	Jaune	Vert	Vert	Vert	Vert	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
Morphine LI	10 mg	Sous cutanée	Orange	Jaune	Jaune	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
	10 / 20 mg	Per os	Orange	Orange	Orange	Jaune	Vert	Vert	Vert	Vert	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
EMLA®	en patch	voie externe	Orange	Orange	Orange	Orange	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
	en crème sur ulcère	voie externe	Orange	Orange	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
MEOPA	15 L / mn	Inhalation	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert									

Légende

- Vert : On peut faire le soin. Maximum d'efficacité.
- Jaune : On peut commencer à faire le soin. Début d'action mais elle n'est pas à son maximum.
- Orange : On ne doit pas faire le soin.

(LI = Libération immédiate)

- **Thérapeutiques non pharmacologiques**

Si le stress du patient est important, il est du ressort du soignant de l'aider à le gérer. Cela permet d'intervenir sur l'intensité de la douleur et peut permettre parfois la diminution du besoin d'antalgiques.

Quelques méthodes peuvent être utilisées : la respiration abdominale, la communication aidante et approfondie, la distraction verbale, ...

2. Prévention de la douleur lors d'injections intramusculaires

L'injection intramusculaire est l'introduction, sous pression, dans la profondeur d'un muscle, d'une substance médicamenteuse liquide.

- **Sources de douleur**

La voie intramusculaire est souvent douloureuse. La douleur est liée à l'introduction de l'aiguille dans les tissus, au produit injecté puis plus tard à la résorption de celui-ci.

La répétition d'une IM peut majorer la sensation douloureuse.

- **Avant le soin**

En cas d'injection de médicament habituellement conservé au réfrigérateur, **sorter ce dernier environ une heure avant et porter-le à température ambiante car l'administration d'un liquide froid est très douloureuse.** S'il s'agit d'un produit huileux, il est important de l'injecter doucement pour diminuer la douleur.

Expliquer le soin, sans minimiser la douleur qu'il peut procurer.

Choisir un endroit indemne de toute lésion (sans hématome, ni œdème).

Installer le patient de préférence en position allongée (si l'injection se fait dans le muscle fessier) ou dans la position voulue par lui.

Stimuler légèrement le muscle afin de le détendre.

Éviter de faire couler du produit sur l'aiguille au moment de la purge de la seringue car celui-ci peut être allergisant ou irritant pour la peau.

Si les injections sont fréquentes, alterner les sites.

- **Après le soin**

Ne pas masser après l'injection **d'un neuroleptique retard**.

3. Prévention de la douleur lors des pansements

La réfection d'un pansement est un acte qui consiste à nettoyer une plaie et à la protéger pour favoriser sa guérison.

Renouveler un pansement peut générer des douleurs tant du fait de l'acte technique lui-même que de l'hypersensibilité d'une peau lésée.

• Avant le soin

En fonction du ressenti du patient et/ou de son discours, prévoir une analgésie préventive avec le médecin :

- morphinique fort d'action rapide du type Actiskénan® per os, 1H avant le soin
- un mélange anesthésiant lidocaïne/prilocaïne en application locale
- soin sous MEOPA
- avec éventuellement un anxiolytique 1h avant.

Laisser le temps à l'analgésie d'être efficace.

• Pendant le soin

- **retrait du pansement :** celui-ci peut adhérer à la plaie et à sa périphérie. La sensibilisation accrue des nerfs dans une large zone autour de la plaie peut rendre douloureux le retrait de n'importe quel sparadrap. Si le patient semble appréhender le retrait du pansement, négocier avec lui la technique la plus appropriée (ex : lui proposer de l'ôter lui-même). Afin de dissoudre les sécrétions sèches et d'éviter la douleur à l'ablation du pansement, humidifier systématiquement à l'aide de sérum physiologique le matériel en place. Décoller doucement l'adhésif par petits mouvements rotatifs en prenant soin de tendre la peau.
- **nettoyage de la plaie :** celui-ci peut exercer des pressions sur une zone déjà sensibilisée. Tenir compte de la température du produit avant de l'appliquer sur la plaie.
- **détersion mécanique :** l'utilisation de curettes, de pinces,... peut provoquer des douleurs.
- **réfection du pansement :** un frottement, une sensation d'appui ou de compression peut rendre le soin douloureux. Eviter que les pansements n'appliquent une pression excessive. En cas de peau très fragilisée en périphérie de la plaie, réfléchir à l'utilité d'un pansement non adhésif.

Des douleurs locales peuvent être liées à la plaie (oedème, ischémie, ...).

• Petits conseils utiles

- User de techniques de distraction.

4. Prévention de la douleur lors de la ponction veineuse

• Avant le soin

Dans certaines situations, le soignant peut se faire assister d'un collègue.

L'utilisation d'un patch anesthésiant, **sur prescription**, annule la douleur due à l'effraction cutanée. Il peut donc être appliqué à tout patient particulièrement anxieux, au moins **une heure avant** la ponction.

• Petits conseils utiles

- Noter l'heure de la pose du patch.
- Respecter le temps de pose.

5. Prévention de la douleur lors des soins de bouche

Les soins de bouche sont un soin de propreté qui consiste à nettoyer l'ensemble de la cavité buccale (gencives, dents, palais, langue et muqueuses des joues). Il est pratiqué chez les personnes ne pouvant assurer leur hygiène seules. Le bain de bouche est proposé lorsque le brossage mécanique des dents n'est pas possible.

• Sources de douleur

En santé mentale, les pathologies bucco-dentaires sont certainement sous-estimées malgré les nombreux facteurs de risques présentés par les patients :

- la mauvaise hygiène buccodentaire (essentiellement brossage des dents insuffisant voir absent).
- le tabagisme.
- les traitements psychotropes.
- un régime alimentaire déséquilibré (sucrerie, ...).

Les pathologies les plus fréquentes sont :

- La xérostomie (sécheresse de la bouche) est causée par la prise de traitements psychotropes et/ou le tabac. La bouche peu humidifiée par une salivation normale devient sèche, ce qui peut causer un inconfort, des problèmes dentaires, des troubles de la déglutition ou encore des infections.
- L'halitose (mauvaise haleine) est la conséquence de problèmes bucco-dentaires et/ou d'une hygiène dentaire insuffisante : caries non soignées, débris alimentaires non nettoyés.
- Les mycoses.
- Les caries, les gingivites, les infections dentaires, ...

• Avant le soin

En accord avec le médecin, si le patient montre trop de réticences ou s'il n'est pas apte à maintenir la bouche ouverte durant un laps de temps, le soin de bouche sous MEOPA peut être proposé comme une alternative.

• Après le soin

En cas d'hyposialie : hydrater fréquemment avec des liquides frais ; stimuler la salivation avec des boissons acidulées, des glaçons ou encore de la gomme à mâcher sans sucre. Un dispositif médical et/ou un traitement peuvent aussi être prescrit.

En cas d'halitose, l'hydratation fréquente et les soins de bouche sont préconisés. Une démarche éducative auprès du patient est nécessaire.

En cas de bouche pathologique, le médecin est susceptible de prescrire des bains de bouche en plus d'un traitement per os.

En cas d'altération de la muqueuse buccale et pour éviter toute agression douloureuse :

- éviter de brosser les dents du patient.
- supprimer tout aliment agressif et acide.
- favoriser l'alimentation liquide ou semi-liquide froide.
- si besoin, compléter l'alimentation avec des aliments hyperprotidiques pour éviter une dénutrition et favoriser la cicatrisation des muqueuses.

• Petits conseils utiles

- Ne pas oublier de programmer les dépistages bucco-dentaires.

6. Prévention de la douleur lors de la mobilisation du patient

La mobilisation permet de diminuer les contractures, prévient l'enraidissement, l'impotence fonctionnelle et donc la douleur.

Mais mobiliser peut aussi provoquer des douleurs. Un patient qui a «eu mal» en gardera le souvenir et refusera d'être mobilisé à nouveau.

• Sources de douleur

Certains actes peuvent être générateurs de douleurs : la toilette, le change, la réfection du lit, le lever, le coucher, l'habillage, le déshabillage, le brancardage, ...

Il existe aussi des douleurs de position (ex. : les patients qui restent trop longtemps allongés ou assis) mais aussi des cas de rétraction ou de pathologies ostéo-articulaires, notamment chez les personnes âgées.

• Précautions

Vérifier avant toute mobilisation :

- l'état cutané du patient.
- ses possibilités ostéo-articulaires.
- l'environnement (présence de sonde, d'appareillage qui pourraient entraver la mobilisation).

Organiser l'espace (la hauteur du lit, le positionnement du fauteuil, ...).

La peur de tomber peut rendre le patient crispé, ce qui peut gêner le changement de position, il est donc nécessaire de rassurer le patient pour le détendre au maximum.

Privilégier les mobilisations en binôme.

Vérifier si un antalgique a été prescrit avant la mobilisation. Attendre son efficacité.

• Pendant le soin

Procéder à des prises enveloppantes, ne jamais saisir une partie du corps du bout des doigts.

Veiller à mobiliser le patient avec la main en palette et non en pince.

Pour rehausser le malade ou effectuer des transferts, utiliser le drap ou l'alèse ou autres techniques de manutention.

Lors de l'installation en position assise, veiller à ce que le patient puisse mettre les pieds à terre. Le bassin doit être placé au fond du fauteuil.

Attention également à la position demi-assise qui entraîne des pressions d'appui au niveau du sacrum et dans le bas de la colonne lombaire.

Les aides mécaniques peuvent également constituer un recours utile bien que leur utilisation puisse se révéler angoissante pour le patient (ex. : le lève-malade).

Demander au patient de prendre appui sur le soignant. Ce dernier veille ainsi à rester libre de ses mouvements pour guider le patient.

Inviter le patient à saisir les épaules du soignant.

Lors de la toilette, tourner le patient du côté le moins douloureux et terminer par la zone la plus douloureuse, afin qu'il puisse profiter du bien-être de ce soin.

• Petits conseils utiles

- Se former à la manutention, prendre des conseils auprès de collègues formés peut se révéler utile pour éviter de se faire mal et pour rendre moins douloureuses les mobilisations des patients.





7. Prévention de la douleur lors de l'extraction de fécalome

L'extraction de fécalome est l'évacuation manuelle des selles contenues dans l'ampoule rectale sous forme d'une masse dure constituée par une accumulation progressive de matière fécale déshydratée. C'est un soin infirmier qui se réalise sur prescription médicale.

Le fécalome est fréquent en psychiatrie et provoque des douleurs intenses ano-rectales ou périnéales.

• Avant le soin

Utiliser un gel anesthésiant en application anale et intra-rectale (lidocaine en gel unidose, sur prescription). Respecter le délai d'action avant le geste.

Une benzodiazépine peut être prescrite pour son action myorelaxante et anxiolytique. Préférer les demi-vies courtes.

• Petits conseils utiles

La prévention résidera dans la surveillance du transit afin d'éviter la constipation due à la sédentarité et aux traitements psychotropes entre autres.

Si une tendance à la constipation est repérée, des mesures simples peuvent être mises en place : un régime alimentaire riche en fibres (pruneaux et pain complet), une hydratation suffisante, une activité physique régulière adaptée...

Préconiser également la prescription de laxatifs.

Se méfier de la « fausse-diarrhée » du constipé. Utiliser les ralentisseurs du transit uniquement après examen médical et avec parcimonie.



8. Prévention de la douleur lors de la pose d'une sonde urinaire

Le drainage ou sondage vésical consiste à introduire une sonde dans la vessie, par le méat urinaire en suivant l'urètre, pour permettre l'écoulement des urines. Le globe vésical (ou rétention d'urine) est souvent rencontré en psychiatrie du fait des nombreux médicaments inducteurs, de la constipation ou de la pathologie mentale elle-même.

• Avant le soin

- anesthésier le méat urinaire avec de la lidocaïne gel urétral.
- lubrifier abondamment la sonde avec du lubrifiant dédié ou du gel à base de lidocaïne.

• Après le soin

- prendre le temps nécessaire pour bien fixer la sonde et/ou le sac de recueil de manière à éviter toute traction.
- pour les hommes, recaloter le gland après le geste afin de prévenir la formation d'un oedème local.





Douleurs chez les patients pris en charge en psychiatrie (opinion des professionnels)

1. Douleur et psychose

La douleur est une des plaintes très fréquemment rencontrées en médecine, elle n'en n'est pas moins l'une des plus difficiles à prendre en charge. Elle fait intervenir un grand nombre d'étiologies et des seuils de sensibilité qui semblent fluctuants. C'est un phénomène subjectif qui s'exprime à travers le discours du patient. Or que devient dans ces conditions l'expérience d'un sujet ayant un discours inintelligible ? Où à l'inverse en face d'un patient mutique ?

Le sens de la douleur est d'une appréhension très complexe. Et la perception de la douleur chez les patients atteints de pathologie mentale sévère n'est pas simple à déchiffrer.

• Perception de la douleur

De nombreux auteurs se sont penchés sur la perception de la douleur chez les patients psychotiques. La bibliographie insiste sur l'insensibilité à la douleur chez le schizophrène. Et elle est riche du fait de la précocité des constatations et observations cliniques, mais le plus souvent mal structurée, du fait de nombreuses hypothèses concernant le phénomène de l'hypoalgésie.

La plupart des auteurs ont fait état de la difficulté pour le psychotique à exprimer ou à percevoir les stimulations douloureuses.
Les cas cliniques publiés indiquent aux praticiens le danger qu'il pourrait y avoir à ne pas envisager que le patient est atteint d'une pathologie somatique. Le patient n'ayant exprimé aucune plainte douloureuse, aucune prise en charge systématisée n'est proposée.

On peut citer quelques auteurs. FOUCAULT décrit « la solidité animale de la folie, et cette épaisseur qu'elle emprunte au monde aveugle de la bête, endurcit le fou contre la faim, la chaleur, le froid, la douleur ».

Cette aptitude des « fous » à supporter comme les animaux, les intempéries, sera pour PINEL un dogme médical. « La folie, par tout ce qu'elle peut comporter de férocité animale préserve l'homme des dangers de la maladie ; elle le fait accéder à une invulnérabilité semblable à celle que la nature dans la prévoyance, a ménagé aux animaux ».



De même KRAEPLIN avait constaté que les patients étaient « moins sensibles aux inconforts corporels ; ils se font des blessures, se brûlent eux-mêmes avec leurs cigarettes et se provoquent même des blessures ». BLEULER note également chez les patients : « une analgésie fréquente » et constate qu'ils vivent dans « un monde imaginaire à partir de leurs troubles sensoriels ». MARCHAND et al ont recensé la survenue de trois pathologies : perforation d'ulcère gastro-duodénal, appendicite aiguë et fracture du fémur chez les patients en majorité schizophrènes. 37 % n'ont signalé aucune douleur lors de la survenue de leur pathologie. Le même auteur a décrit l'absence de douleur en cas d'infarctus du myocarde : dans 82,5 % des cas, l'infarctus fut indolore à la phase initiale et dans 67,5 % des cas à 24 heures. L'absence de plaintes douloureuses a été décrite par de très nombreux auteurs et l'hypoalgésie chez certains patients schizophrènes a également été rapportée dans un certain nombre de situations habituellement douloureuses non en rapport avec des processus pathologiques : exemple les brûlures etc.

Des auteurs ont publié des études expérimentales comparatives avec des groupes témoins : utilisation de stimulations électriques, stimulation par la chaleur ou le froid, pincements ou divers types de pressions. Dans toutes ces études les effectifs étaient faibles, des diagnostics incertains et surtout les protocoles méthodologiquement et éthiquement discutables. Par ailleurs on note également dans ces études une absence d'information sur les traitements, pas d'évaluation de la symptomatologie négative, pas de dosages biologiques ou de perturbations neurologiques pouvant expliquer l'insensibilité.

Ces études suggéreraient une réduction de la sensibilité à la douleur chez les patients schizophrènes.

• Hypothèses formulées pour l'hypoalgésie

• le rôle des endorphines : plusieurs études, non concluantes, ont mises en évidence que les endorphines puissent être incriminées dans l'apparente diminution de sensibilité du schizophrène. Et les variations du taux d'opioïdes endogènes observées entre le schizophrène et le sujet témoin, restent faibles.

• le rôle du système glutaminergique de type NMDA (récepteurs activés par le N-Méthyl-D-Aspartate). La baisse de la capacité de transmission de ces récepteurs pourrait fournir une explication des cas d'évolution déficitaire du schizophrène.

• le rôle des neuroleptiques : la participation des neuroleptiques dans la diminution de la sensibilité à la douleur a été étudiée par différents auteurs. Ainsi l'halopéridol a la capacité de se fixer sur certains récepteurs opiacés. Dans la pratique médicale courante, on connaît le rôle des neuroleptiques comme co-analgésiques.

• L'état du sujet à la phase initiale de sa maladie, à savoir l'angoisse de morcellement du patient schizophrène. Dans les épisodes féconds de la maladie ou dans les épisodes

d'angoisse majeure, l'annulation des informations douloureuses pourrait expliquer cette apparente analgésie.

Et pourtant d'autres études ne rapportent aucune différence dans la perception de la douleur entre les patients schizophrènes et le groupe contrôle…

Les travaux de l'équipe de S. MARCHAND ont apporté une explication neurophysiologique pour cette apparente analgésie. Cette équipe a mesuré les mécanismes excitateurs de la douleur par un protocole de sommation temporelle et les mécanismes inhibiteurs par l'efficacité du contrôle inhibiteur diffus nociceptif (CIDN) chez les patients schizophrènes et des sujets contrôles appariés. Cette équipe a constaté que l'hypoalgésie des patients schizophrènes ne s'explique pas par une hyperactivité des CIDN, mais par une absence de sensibilisation à la douleur lors de la stimulation thermique. Les patients ressentent bien la douleur, ont un système endogène d'inhibition normal, mais ne présentent pas cette sensibilisation qui est un phénomène adaptatif pour éviter une lésion suite à une stimulation persistante.

Les patients schizophrènes ressentent donc la douleur, mais ne réagissent pas, ne l'expriment pas et l'expression de cette douleur se fait dans un langage ou dans un comportement spécifique qu'il faut savoir décoder.

- **Conclusion**

A l'heure actuelle l'insensibilité à la douleur des patients psychotiques ne doit plus être invoquée. La prise en charge de la douleur chez les patients atteints de pathologie mentale sévère est un problème d'actualité. Les réponses à la douleur ont grandement évolué au fil des temps, conditionnées par la connaissance des mécanismes physiopathologiques de la douleur, les possibilités de l'antalgie.

La prise en charge des pathologies somatiques des patients psychotiques doit s'améliorer par une meilleure compréhension de la clinique particulière qu'ils présentent lors de telles atteintes. L'écoute attentive de propos délirants inhabituels, pour un patient donné, la survenue inopinée de changements d'habitudes devraient faire évoquer systématiquement une atteinte somatique douloureuse.

Ensemble nous devons nous pencher sur cette approche psychosomatique et établir une relation d'aide fondée sur l'écoute, l'évaluation, puis la prise en soins.

Souhaitons la reconnaissance d'une souffrance qui se vit, s'exprime mais n'est souvent pas entendue.

2. Douleur et troubles bipolaires

Peu d'études se sont intéressées à la douleur chez les patients bipolaires. Ceux-ci exprimeraient plus de douleur que la population générale. Certaines études ont trouvé que la prévalence de la plainte douloureuse serait plus élevée chez les patients bipolaires comparés aux patients déprimés ou anxieux. La prévalence de la migraine serait également plus élevée dans les populations de patients bipolaires comparées à la population générale.

La plainte douloureuse associée au trouble bipolaire s'accompagne d'une plus grande fréquence de comorbidités psychiatriques.

La plainte douloureuse serait la plainte somatique la plus fréquente chez les patients hospitalisés en phase maniaque (céphalée, douleurs articulaires, dorsalgie)

D'après certaines études, la présence de migraines chez un patient dépressif pourrait faire suspecter l'appartenance au spectre de la bipolarité. Il faut en tenir compte dans la prise en charge thérapeutique.

Concernant les prescriptions à visée antalgique chez le patient bipolaire, nous serons particulièrement attentif à la question des interactions médicamenteuses.

Il est désormais bien connu que les corticoïdes par voie générale peuvent être à l'origine d'une décompensation maniaque, en particulier chez les personnes bipolaires ; il semblerait que les infiltrations à base de corticoïdes surtout si elles sont répétées de façon rapprochée puissent elles aussi avoir de tels effets.

Les A.I.N.S. peuvent entraîner une augmentation de la lithémie par baisse de la filtration glomérulaire. En cas de prescription impérative, une surveillance clinique et biologique (lithémie) est nécessaire.

3. Douleur et troubles de la personnalité

La fréquence des douleurs chroniques chez les patients ayant un trouble de la personnalité est élevée, et un trouble de la personnalité est également retrouvé chez beaucoup de patients ayant des douleurs chroniques (31 à 81% selon les études)

La perception de la douleur peut différer selon la personnalité pathologique sous-jacente.

Personnalité histrionique : l'expression de la plainte douloureuse se fait souvent de manière exagérée, théâtrale avec dramatisation, colorée ou vague. La relation médecin-malade se fait dans une attitude séductrice, avec une labilité émotionnelle et une fausse intimité. La crainte de la perte de l'attention peut également interférer dans l'expression de la plainte douloureuse. La difficulté réside dans l'appréciation de l'intensité de la réalité de l'intensité de la douleur sans tomber dans le piège de la banalisation.

Personnalité obsessionnelle : l'expression de la plainte douloureuse se fait de façon détaillée, précise, parfois même listée, le tout dans un contexte d'expression émotionnelle plutôt restreinte. L'attitude de ces patients peut être rigide avec une agressivité latente non exprimée ouvertement. Il faut privilégier les explications claires, précises et scientifiques. Il faut également reconnaître et tolérer les affects mêmes s'ils ne sont

pas clairement exprimés.

Personnalité dépendante : la plainte douloureuse peut être amplifiée dans son intensité. Le patient adopte souvent une attitude passive avec un besoin constant de réassurance. Les difficultés résident dans l'équilibre à atteindre afin de rassurer le patient et de ne pas alimenter sa passivité, mais également à ne pas répondre à ses multiples demandes en matière d'explorations.

Personnalité narcissique : du fait de sa structure de personnalité, où il se considère comme unique et rare, la plainte douloureuse est perçue comme plus grave que celle des « autres ». l'attitude hautaine et peu empathique de ces patients peut être source d'une mauvaise prise en charge de leur plainte douloureuse.

Personnalité Borderline : la plainte douloureuse est plutôt variable dans son expression avec une forte coloration émotionnelle. Le cadre thérapeutique doit être clair, bien défini, en évitant les attentes qui mènent à la frustration, d'autant plus que le mode relationnel de ces patients oscille entre dévalorisation et idéalisation.

Personnalité paranoïaque : la plainte douloureuse reste le plus souvent vague, le patient est plus dans un comportement d'évitement. Elle peut parfois revêtir un aspect bizarre. Le tout dans un contexte d'une certaine méfiance, et attitude interprétative. Il faudra savoir respecter une certaine distance dans la prise en charge, avoir une attitude et des explications claires et souples et ne pas confronter les idées paranoïaques à la réalité quand elles existent.

4. Douleur et démence

La prévalence des troubles cognitifs augmente avec l'âge et la présence d'une symptomatologie douloureuse concomitante est une situation particulièrement fréquente.

Si la communication verbale et raisonnée peut se perdre, elle peut prendre d'autres canaux ou d'autres modalités non verbales.

Sur le plan physiologique, le vieillissement normal s'accompagne de modifications du système de contrôle de la douleur (déclin fonctionnel des voies inhibitrices de la douleur, diminution des neurotransmetteurs, diminution de l'intégration de l'information douloureuse) et des modifications de la pharmacologie des antalgiques qui amplifient également les sensations douloureuses.

La première difficulté dans la prise en charge de la douleur chez les sujets déments est celle du diagnostic. Il est en effet souvent difficile de mettre en évidence la douleur chez des patients qui ont des troubles cognitifs engendrant des difficultés de compréhension, de conceptualisation et de communication.

Devant un patient qui ne peut exprimer verbalement sa douleur, il faut savoir repérer les signes comportementaux et, en particulier, les phénomènes d'agitation fréquemment rencontrés dans les pathologies démentielles et dont la signification n'est pas

univoque.

• Dépistage

- Recherche des antécédents douloureux auprès du patient et de son entourage habituel,
- Interrogatoire si encore possible, questions claires, courtes, positives, au présent indicatif, sans interférence,
- Examen clinique soigneux, appareil par appareil,
- L'observation du comportement est primordiale, plus la démence est avancée plus la douleur influence les troubles du comportement.
- Tout changement du comportement doit être suspect : confusion, agitation, régression, prostration, apathie, troubles du sommeil, diminution spontanée de la motricité, refus de s'alimenter, refus des soins.

Il faut systématiquement penser à une affection douloureuse devant une agitation d'apparition récente.

• Évaluation

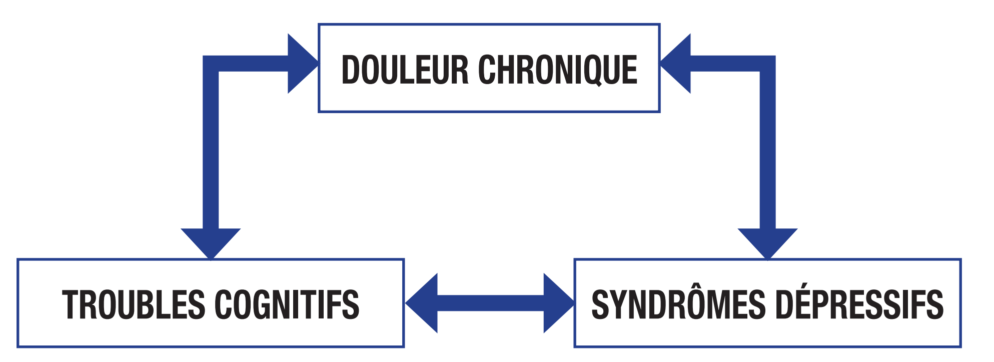
- Qualitative : importance de l'examen clinique, de l'étude sur le retentissement,
- Quantitative : par des outils adaptés avant et après introduction du traitement,
- Des patients très âgés ou des déments sévères (score au MMSE inférieur à 11) peuvent être capables d'utiliser des échelles d'autoévaluation (EN, EVA, EVS),
- L'utilisation d'échelles d'hétéro-évaluation est indispensable chez le patient non communicant (DOLOPLUS, ECPA , Algoplus),

En considérant que nous disposons d'outils adaptés à cette population, il est souhaitable de :

- anticiper chaque fois que possible la pathologie ou la situation clinique pouvant engendrer une douleur,
- observer les personnes âgées à la recherche d'indicateurs fiables de douleur dans leur vie quotidienne,
- rechercher des standards de comportements non verbaux d'expression de la douleur et des modifications de comportement,
- ne pas hésiter à faire un test thérapeutique avec des antalgiques.

Quel que soit l'âge des patients, les douleurs chroniques ont un retentissement émotionnel et comportemental :

- état anxio-dépressif concomitant,
- retentissement cognitif (déficit attentionnel, un ralentissement de la vitesse de traitement et de la vitesse idéomotrice, et des troubles de mémoire).



La composante comportementale est modifiée par l'existence de troubles du comportement propres aux démences et il peut être difficile de distinguer ce qui relève de la douleur et de ce qui est directement lié à la démence.

La perception de la douleur apparaît perturbée chez les sujets atteints de démence et en particulier de la maladie d'Alzheimer.

La douleur des sujets âgés est reconnue comme étant encore largement sous-traitée et ceci s'accentue encore avec la présence de troubles cognitifs.

Les principes de traitement de la douleur chez la personne âgée démente sont les mêmes que dans la population gériatrique (fonction rénale, polymédication, effets secondaires).

Une attention particulière doit être apportée aux médications ayant des propriétés anticholinergiques : risque de bouche sèche, hypotension orthostatique, confusion, rétention d'urine…

La perte de l'effet placebo chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer se traduit donc par la nécessité d'augmenter les doses d'antalgiques pour obtenir la même sédation que chez les sujets normaux, ce qui par ailleurs peut être délicat du fait des modifications pharmacologiques liées à l'âge (plus grande sensibilité aux opioïdes et donc risque d'aggravation des troubles cognitifs par des phénomènes confusionnels surajoutés) et aux pathologies associées.

Par ailleurs, sachant les difficultés de l'évaluation de la douleur chez les patients déments, l'évaluation de l'efficacité des traitements se heurte aux mêmes difficultés.

> Une personne âgée douloureuse présentant des troubles cognitifs
> est une personne douloureuse comme une autre.

5. Douleur, dépression et anxiété

• Douleur et Dépression

La prévalence vie entière du trouble dépressif (isolé ou récurrent), varie en population générale de 10 à 25 % pour les femmes et de 5 à 12 % pour les hommes (APA, 1995).

Sa prévalence est élevée dans les populations de patients douloureux chroniques.

Le symptôme douloureux a été cité dans les descriptions des syndromes dépressifs par plusieurs auteurs dont Henry EY. Même si ce symptôme ne fait pas partie des critères diagnostiques de l'Episode Dépressif Majeur (DSM IV-TR) plusieurs études s'accordent sur la fréquence élevée de la douleur chez le déprimé.

La présence de douleur dans le cortège des signes dépressifs serait favorisée par le bas niveau socioculturel, le sexe féminin et l'âge avancé.

L'absence d'une cause organique clairement identifiable ne signifie pas forcément l'origine dépressive de la douleur, un diagnostic positif psychiatrique de l'épisode dépressif est toujours nécessaire.

À l'inverse, la dépression est un symptôme de douleur. Certaines descriptions de la douleur-maladie ont évoqué la détresse du patient douloureux chronique. De façon plus systématisée, François Boureau présente les signes dépressifs retrouvés dans le syndrome douloureux chronique : tristesse, troubles du caractère, perte des intérêts, fatigabilité, troubles de l'attention, insomnie.

Plusieurs hypothèses ont été soulevées pour expliquer l'association douleur-dépression. Outre les théories psycho-dynamiques, citons l'hypothèse cognitivo-comportementale où syndrome dépressif et syndrome douloureux chronique peuvent résulter d'un même conditionnement et l'hypothèse neurobiologique où le syndrome dépressif peut être vu comme un épuisement synaptique notamment sérotoninergique, sorte de voie finale commune entre douleur et dépression.

Plusieurs études concluent que la plainte douloureuse est accrue chez des patients anxieux ou dépressifs sans que l'on puisse se prononcer sur une éventuelle altération du seuil nociceptif.

Même si la dépression ne constitue pas un facteur causal de la douleur au sens propre, il est évident qu'un état dépressif modifie le vécu douloureux. De nombreuses études ont montré que l'état dépressif avait plus d'impact sur le vécu douloureux que les facteurs somatiques eux-mêmes chez les patients ayant une arthrite rhumatoïde.

Dans le cadre des douleurs chroniques médicalement inexpliquées, l'intensité douloureuse et le désagrément qui lui est lié sont décrits plus élevés par les patients déprimés.

Les lombalgies chroniques ont servi de paradigme sur la contribution des états dé-



pressifs au passage à la chronicité des douleurs. Il a également été démontré qu'un état dépressif contribue à l'incapacité liée à la douleur chronique parfois plus que l'intensité douloureuse elle-même.

Malgré le désaccord sur la direction de l'association entre douleur et dépression, aucun modèle ou hypothèse ne remet en question la très étroite coexistence entre les deux syndromes et leur influence réciproque, les trois principales hypothèses évoquées sont :

- L'hypothèse que la dépression est une conséquence, soit de la douleur elle-même, soit de ses répercussions.
- L'hypothèse que la dépression précède l'apparition de la douleur.
- L'hypothèse de mécanisme pathogénique commun entre douleur et dépression.

Quelles conduites pouvons-nous tenir devant la douleur du déprimé?

L'empathie et la bienveillance sont bien entendu la règle, tout en s'assurant d'un bilan organique associé.

Amenons le patient à parler de lui mais aussi de ce qu'il ressent dans son corps sans négliger la description de sa douleur. Et surtout, ne considérons pas la douleur du déprimé comme un mensonge, une simulation, une douleur «imaginaire» - locution antinomique absurde car une douleur ne peut être imaginée ; elle est toujours inimaginable sachant qu'on ne peut que la ressentir réellement dans son corps, avec certitude, même si aucune preuve organique n'est apportée.

Le rejet du déprimé douloureux est toujours facteur d'aggravation de la dépression : «je ne peux plus rien pour vous» est un discours vécu comme un abandon, faisant resurgir d'anciennes carences affectives et jetant le déprimé dans le désespoir et le renoncement thérapeutique.

En particulier le double rejet, de la douleur par le psychiatre et de la dépression par le spécialiste somaticien, ne peut être que néfaste. On voit là le rôle majeur que doit tenir le médecin traitant.

Sur le plan thérapeutique, la prescription d'antidépresseurs est la règle, certains plus que d'autres comme les NORADRENERGIQUES (IRSNA, TRICYCLIQUES), bien sûr des antalgiques peuvent être associés.

Enfin, n'oublions pas que le plus souvent, dès lors que les symptômes du patient sont pris en compte dans leur globalité, les douleurs s'atténuent voire disparaissent en fait assez rapidement. C'est un encouragement à notre mission de soignant.

• Douleur et anxiété

L'association douleur-anxiété ne doit pas être sous-estimée par les cliniciens prenant

en charge des patients douloureux. La survenue d'une douleur entraîne une anxiété dont l'intensité peut retentir sur l'évolution de la douleur. Inversement la préexistence de troubles anxieux joue un rôle important dans le déclenchement, l'intensité, l'aggravation ou la persistance de la douleur.

La douleur fait partie des symptômes d'anxiété, en effet les critères diagnostiques de l'attaque de panique (DSM IV) comprennent "douleur ou gêne thoracique" et "paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements)".

Certains troubles anxieux, tels les états de stress post-traumatique, les attaques de panique, l'anxiété généralisée ou les phobies, coexistent avec une très forte prévalence avec certains types de douleurs chroniques (fibromyalgie, syndrome du côlon irritable, etc.)

La sous-estimation de l'association douleur-anxiété peut avoir des conséquences néfastes pour les patients et les soignants dans la prise en charge des troubles anxieux.

L'anxiété peut réduire la capacité de contrôle de la douleur. L'anxiété en elle-même ou comme stratégie d'adaptation peut favoriser une chronicisation de la douleur ou plus généralement renforcer un comportement, d'où l'importance d'une prise en charge adéquate.

6. Douleur et somatisation

• Le groupe des troubles somatoformes

Le DSM IV décrit dans ce groupe : le trouble somatisation, le trouble somatoforme indifférencié, le trouble de conversion, le trouble douloureux, l'hypocondrie, la dysmorphophobie et enfin le trouble somatoforme non spécifié. La caractéristique commune de ces troubles est la présence de symptômes physiques évoquant une affection somatique sans qu'aucune anomalie organique ne puisse être décelée. Ces symptômes physiques ne sont pas volontaires, contrairement aux troubles factices et à la simulation, et il existe de fortes présomptions pour les lier à des conflits psychologiques.

Parmi ces troubles on cite : Le trouble douloureux.

Les caractéristiques essentielles du trouble douloureux sont une douleur suffisamment préoccupante pour déclencher un examen clinique, douleur à l'origine d'une souffrance ou d'une altération significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. Mais même si des facteurs psychologiques sont essentiels dans ce diagnostic, celui-ci ne peut pas être porté s'il existe un autre trouble mental comme un trouble de l'humeur, un trouble anxieux ou encore psychotique. Il faut également préciser :

- si la douleur est aiguë ou chronique,
- si elle est associée seulement avec des facteurs psychologiques ou bien également

avec une affection médicale générale,celle-ci alors ne devant pas jouer de rôle majeur « dans le déclenchement, l'intensité, l'aggravation ou la persistance de la douleur par un processus physiologique ou un trouble physique ».

Les principales conséquences de ces affections sont :

- la mise à mal de la relation médecin / malade où les patients tendent à penser que les médecins ne croient pas à la réalité de leur douleur,
- la dégradation fonctionnelle avec l'apparition d'incapacités et leur retentissement personnel et social,
- le risque iatrogène avec possible escalade thérapeutique, la mise en route de traitements inadéquats, et la réalisation d'examens diagnostics de plus en plus invasifs.

7. Douleur et alcool

L'alcool est utilisé depuis fort longtemps par l'Homme et la Médecine pour soigner des maux divers, anesthésier, fabriquer des médicaments, désinfecter, s'éclairer, conserver les aliments, mais aussi entrer en transe, faire céder la peur,…

Cette remarquable et facétieuse petite molécule s'est vue biochimiquement affublée de la capacité d'envahir tout l'être humain (au point parfois que celui-ci ne puisse plus pouvoir s'en débarrasser) mais aussi de le tromper, en mimant ou se combinant aux neurotransmetteurs, hormones, récepteurs et autres protéines et si nécessaire en les détruisant.

Par ses desseins obscurs, L'ALCOOL n'épargne pas la DOULEUR.

• Généralités

La douleur chez un patient en situation d'alcoolisation aiguë ou chronique, n'a pas de caractéristique particulière, au sens de sa typologie ou de son origine.

Il ne convient pas de distinguer la question de la douleur lors des situations d'alcoolisation, des douleurs consécutives aux atteintes somatiques des alcoolisations chroniques.

Si le type de douleur n'est pas spécifique a contrario son intensité, sa perception, son expression et sa « révélation » par le sujet sont modifiées par l'alcool.

Certains effets pharmacologiques de la molécule alcool peuvent être assimilés à ceux des antalgiques mixtes et sont corrélés au degré d'alcoolémie. Associés aux effets psychotropes et psychomoteurs, les conditions d'une neurolept-analgésie peuvent être réunies. L'expression clinique exemplaire en est le coma éthylique.

La dimension psychogène de toute douleur (dépendante du sujet et de son histoire) mise sous le prisme du « psychotrope » qu'est l'alcool, donne une expression de la douleur par le sujet qui peut être exagérée, négligée et parfois « agitée ».

L'expression de la douleur chez un patient alcoolisé est très souvent perturbée et peut aller du déni à l'agitation.

Ces effets sont parfois recherchés par le patient autant pour traiter une « souffrance » que pour des raisons pragmatiques : inefficacité ressentie des antalgiques conventionnels dans certaines pathologies ou potentialisation de ceux-ci.

Certaines douleurs des lésions, conséquences des alcoolisations, sont calmées de façon paradoxale par l'alcool, on citera en particulier les polynévrites, certaines douleurs carcinologiques et osseuses (lésions post-ostéoporotiques).

• Recherche de la douleur

La recherche de la douleur et sa prise en charge sont rendues compliquées par les situations d'alcoolisation :

- Collaboration du patient parfois difficile à obtenir, ou impossible,
- Inefficience des échelles y compris non-verbale,
- Ressenti négatif des situations d'alcoolisation et des ivresses agitées par les équipes.

La recherche de la douleur et sa prise en charge chez un patient alcoolisé est toujours complexe.

Le retour a une alcoolémie nulle amène une récupération du message douloureux avec un effet retardé très variable.

Nombre de situations algiques se révèlent à distance des sevrages.

La recherche de la douleur et de ses causes doit être renouvelée de manière précoce et systématique hors contexte d'alcoolisation.

Cet état de fait appelle donc à une rigueur plus importante.

L'examen du patient doit se faire sans présumer que l'origine de la douleur est une conséquence de l'alcoolisation.

Chez l'alcoolique chronique, l'existence de douleurs en lien avec des atteintes liées à l'alcool peuvent être trompeuses et prendre le devant de la scène, amenant retard de prise en charge mais aussi erreur diagnostique.

Certaines sont classiques comme douleurs de polynévrite et artérite des membres inférieurs, d'autres plus trompeuses comme douleurs gastriques et infarctus du myocarde ou dorsalgies.

• Prise en charge de la douleur

Elle n'est pas spécifique et répond habituellement aux règles classiques d'usage des antalgiques. Seules les atteintes hépatiques sévères peuvent amener des adaptations.

L'effet parfois retardé de l'apparition de la douleur doit inciter à une réévaluation de l'efficacité des antalgiques parfois prolongée.

Il n'existe que de rares exceptions a la prise en charge conventionnelle de la douleur :

- La pancréatite aiguë, très souvent résistante,
- La perforation d'organe creux dont l'estomac,
- Certaines polynévrites…
- La douleur morale.

• Risque de mésusage et de dépendance

Un traitement antalgique bien conduit, y compris par morphinique n'entraîne ni mésusage ni dépendance.

Cependant la découverte d'une nouvelle substance chez un sujet prédisposé reste un risque, mais il en va de même pour d'autres classes thérapeutiques dont les psychotropes largement utilisés dans les douleurs neurogènes.

• Conclusion

Lorsque l'alcool est en scène, la douleur est toujours en coulisse.

8. Douleur et médicaments de substitution aux opiacés

La douleur, chez les patients dépendants aux opiacés est souvent sous-estimée. La prévalence de la douleur chez ces patients est plus souvent élevée que dans la population générale.

Il existe chez ces patients un processus d'hyperalgie induite par les opiacés et une tolérance accrue qui sensibilise les patients à la douleur, sensibilité non corrigée par les médicaments de substitution aux opiacés.

• Prise en charge de la douleur

Décrire la douleur et son contexte

Pré-requis : croire le patient.

- Décrire précisément la douleur (intensité avec EVA, caractéristiques, ancienneté, évolution…),
- Éliminer un syndrome de manque aux opiacés (sous-dosage TSO),
- Rechercher une étiologie à traiter (examen clinique minutieux, prescrire des examens complémentaires si nécessaire) ± solliciter un avis de spécialiste (neurologue, rhumatologue, dentiste…) ou un centre d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD),

- Évaluer psychologiquement le patient (éléments dépressifs, anxieux, psychotiques…),
- Identifier les co-addictions actives et un mésusage de TSO ou antalgiques (héroïne, morphine, codéine…),
- Rechercher les contre-indications à certains traitements (insuffisance hépatique, insuffisance rénale, gastrite…).

Stratégies pharmacologiques

Douleurs aiguës (durée < 3 mois)

- EVA ≤ 3 douleur légère
  - Stratégie 1 : paracétamol (3-4g/j) ou AINS
  - Stratégie 2 : MEOPA ou lidocaïne crème/patch en prévention de la douleur liée aux soins
- EVA = 4-6 douleur modérée
  - Stratégie 1 : paracétamol ou AINS
  - Stratégie 2 : fractionner la dose de méthadone/buprénorphine (4 prises par jour) ± augmenter la dose totale
  - Stratégie 3 : fractionner la dose de méthadone/buprénorphine en associant à chaque prise paracétamol (/6h) ou AINS (/12h)
- EVA ≥ 7 douleur sévère
  - Stratégie 1 (méthadone) : augmenter progressivement et fractionner ($/6^{H}$) la dose de méthadone
  - Stratégie 2 (méthadone) : idem + associer des interdoses de morphine (10mg) à libération immédiate sur une courte durée
  - Stratégie 3 (buprénorphine) : l'arrêter et initier de la morphine à libération immédiate (/4h) pour titration, à convertir rapidement en forme libération prolongée ($/12^{H}$)

Douleurs chroniques (durée > 3-6 mois)

- EVA ≤ 3 douleur légère
  - Stratégie 1 : paracétamol (3-4g/j) ou AINS
- EVA = 4-6 douleur modérée
  - Stratégie 1 paracétamol ou AINS.
  - Stratégie 2 (méthadone) : fractionner la dose de méthadone (4 prises par jour) ± augmenter la dose totale.
  - Stratégie 3 : fractionner la dose de méthadone/buprénorphine en associant paracétamol ($/6^{H}$) ou AINS ($/12^{H}$).

- EVA ≥ 7 douleur sévère
  - Stratégie 1 (méthadone) : augmenter progressivement et fractionner (/6H) la dose de méthadone.
  - Stratégie 2 (méthadone) : idem + interdoses de morphine (10mg) à libération immédiate à convertir rapidement en morphine à libération prolongée (/12H) ou fentanyl patch (/72H).
  - Stratégie 3 (buprénorphine) : l'arrêter et initier de la morphine à libération immédiate (titration) à convertir en forme de libération prolongée ou fentanyl patch (/72H) comme traitement de fond.
  - Stratégie 4 : si tolérance à l'effet analgésique de la morphine, possibilité de rotation des opioïdes avec forme à libération prolongée (hydromorphone/ oxycodone).

Règles complémentaires

- Éviter les opioïdes faibles (codéine, tramadol, dihydrocodeine, poudre d'opium de plus faible affinité pour le récepteur opiacé μ donc moins efficaces en cas de substitution.
- Ne pas prescrire d'agonistes partiels (buprénorphine) ni d'agonistes/antagonistes (nalbuphine) pouvant provoquer un syndrome de sevrage physique.
- Ne pas prescrire de formes injectables.
- Penser aux autres antalgiques (douleur chronique) : antidépresseurs (amitriptyline), antiépileptiques (gabapentine, prégabaline), corticoïdes, myorelaxants, antispasmodiques.
- Hospitalisation de courte durée pour équilibrer un traitement, notamment en cas de rotation d'opioïde.
- Penser aux traitements non pharmacologiques : écoute, empathie, neurostimulation transcutanée, relaxation/sophrologie, kinésithérapie, massage, hypnose, psychothérapie cognitivo-comportementale, acupuncture.
- Un seul prescripteur, un seul pharmacien.
- Consultations plus fréquentes pour évaluer l'efficacité et la tolérance de la stratégie antalgique mise en œuvre.
- Utilisation d'une échelle de dépistage du risque de dépendance : le POMI

9. Exemple d'une consultation douleur en milieu psychiatrique

Le Centre Hospitalier Saint-Jean de Dieu à Lyon (http://sjd.arhm.fr) a mis en place grâce à la Fondation APICIL et au soutien de Monsieur Marescaux, directeur du Centre Hospitalier, une consultation spécialisée dans la prise en charge de la douleur, une innovation en milieu psychiatrique. Cette consultation a vu le jour en mars 2009, et a déjà traité plus de 100 patients dont la majorité consulte pour des problèmes rhumatologiques. L'objectif est maintenant d'élargir cette consultation et de créer une équipe mobile.

A l'origine de ce projet, développé par les docteurs Michel COPPON et Jean-Pierre LASSAIGNE, les problématiques douloureuses sont des prises en charge difficiles du fait des interactions de la maladie mentale et notamment des difficultés d'évaluation (patients autistes, dément, psychotique déficitaire, etc.).

Ces problématiques sont présentes dans tous les établissements avec des points communs comme le faible nombre de malades qui consultent pour des douleurs, ou encore la présence de patients qui ne se plaignent pas alors que l'atteinte constatée est fortement algogène.

C'est l'ensemble de la population présentant des troubles psychiatriques dans le Rhône qui peut-être reçue à la consultation (pédopsychiatrie, adultes, géronto-psychiatrie).

Il s'agit d'un travail de fond sur la douleur pour l'évaluer et la traiter, chez ces patients présentant des douleurs rebelles complexes, imbriquées à une pathologie mentale sévère. Il s'agit notamment de former les personnels médicaux, d'améliorer le travail en réseau. La consultation fonctionne autour du médecin algologue - spécialiste de la douleur - et grâce à l'implication de nombreux soignants (psychiatre, kinésithérapeute, infirmier, psychologue, neurologues, rhumatologues,…).

L'approche du patient se fait au niveau du symptôme, de l'étiologie, de la plainte, et de la structure du sujet (relation à soi, à autrui, au social).

Le fonctionnement de cette consultation sera évalué par l'établissement, les apports et « bénéfices » seront communiqués afin que ce dispositif puisse être reproductible dans d'autres structures.

La Fondation APICIL a permis le démarrage de ce projet innovant grâce à une subvention de 32 000 euros, aujourd'hui l'aide de la Fondation a pris fin mais le projet devrait être pérennisé.

VI. Quelques mots sur les soins palliatifs lors de situations psychiatriques chroniques

Ce sujet a été abordé en raison des difficultés fréquemment rencontrées par les équipes dans ces situations où la douleur est souvent présente. Il nécessiterait à lui seul un livret.

Extrait du rapport de l'inspection générale des affaires sociales (novembre 2009 Dr Françoise LALANDE, Olivier VEBER, « La mort à l'hôpital »)

“ 4.1.6. Les hôpitaux psychiatriques n'assument pratiquement pas la fin de vie de certains patients de longue durée, qui n'ont pas d'autre domicile

Le nombre précis de décès en hôpital psychiatrique n'est plus connu avec précision, depuis que les statistiques nationales de décès tenues par l'INSERM ne comportent plus cet item (1997).

Mais il existe encore une catégorie de malades qui vit à l'hôpital psychiatrique : ce sont les malades mentaux sévères ou les personnes handicapées mentales qui ont des troubles graves du comportement. Ces patients ont malheureusement vocation à finir leur vie en hôpital psychiatrique, puisque celui-ci constitue de fait leur véritable domicile. Or les décès en psychiatrie sont rares, voire très rares. A Maison Blanche, à Paris, comme à Clermont de l'Oise (deux établissements pour malades mentaux visités par la mission) non seulement l'établissement a du mal à repérer les pathologies somatiques (des affections sévères ne sont parfois découvertes qu'à un état exceptionnellement avancé), mais quand le malade est en fin de vie, l'établissement le transfère aussitôt en centre hospitalier, bien que ce ne soit pas son intérêt financier et alors même qu'il dispose d'infirmières et d'aides soignantes qui sont habilitées à prendre en charge des malades. ”

Le texte suivant a été rédigé par le Docteur Wadhi RHONDALI, psychiatre assistant chef de clinique en soins palliatifs - Centre Hospitalier de Lyon Sud.

La loi de 1999 garantit l'accès aux soins palliatifs : ce droit est-il garanti aux patients atteints de troubles psychiatriques?

Les mondes de l'oncologie et de la psychiatrie sont deux mondes qui depuis déjà longtemps sont juxtaposés, se côtoient et connaissent des collaborations ponctuelles. On retrouve de plus en plus de services de psychiatrie de liaison en oncologie et de somaticiens voire de services de médecine dans les hôpitaux psychiatriques.

Mais les patients bénéficient-ils en terme de qualité, de la même proposition de soins (dépistage systématique, suivi, décision partagée, participation aux essais thérapeutiques) ?

La pathologie psychiatrique peut entraver la prise en charge d'une pathologie mortelle, potentiellement curable.

Alors que le dernier plan cancer 2009-2013 est en partie orienté vers la réduction des inégalités de l'accès aux soins, plusieurs questions quant à l'accès aux soins des patients souffrant de troubles psychiatriques semblent importantes à soulever. Ces patients bénéficient-ils de la même offre de soin que les autres patients ? Quelles sont les barrières et les difficultés rencontrées tout au long de la prise en charge ? Quels sont l'interprétation et le sens du cancer pour le patient ?

Des modifications corporelles et des symptômes somatiques sont systématiques au cours de l'évolution de la maladie cancéreuse et ils sont souvent majorés par les thérapeutiques spécifiques. L'impact, que peuvent avoir des symptômes tels que les paresthésies, l'alopécie ou encore la douleur sera différent de celui de la population générale et il est important d'en tenir compte. Comment les modifications de l'image corporelle sont intégrées chez des patients qui ont déjà une perturbation de l'image du corps? Ces symptômes pourraient de ce fait générer des décompensations psychotiques aiguës.

Aussi bien lors du diagnostic que lors de la mise en place du traitement spécifique il est indispensable d'avoir fourni au patient une information « claire, loyale et intelligible » et de disposer de son consentement. Comment dans ces situations où le patient répond par des éléments délirants interpréter un refus de traitement ?

En soins palliatifs, un accent particulier est donné à l'intégration de la famille et de l'entourage de la personne malade dans l'élaboration du projet de soins dans une approche holistique. Comment appréhender ces unités familiales déjà souvent malmenées par une maladie chronique difficile ?

- Une population à risque

Le pronostic de pathologies cancéreuses est aggravé chez les patients atteints d'une pathologie psychiatrique chronique du fait du manque de dépistage, du retard diagnostic et de la difficulté à réaliser les examens

- Manque de référentiels

L'évaluation d'un patient en soins palliatifs nécessite l'utilisation d'outils validés qui n'existent pas dans cette population, que ce soit pour la douleur ou pour les autres symptômes. Par exemple, l'autoévaluation de la douleur n'a jamais été validée dans une

population de patients psychiatriques chroniques.

Dans l'état actuel des choses, il n'existe pas de prise en charge type, pas de recommandations pour la prise en charge des cancers et de ses symptômes chez le patient psychiatrique chronique. Dans les textes des Standards, Options, Recommandations (SOR), il n'existe pas non plus de recommandations pour cette population pour ce qui est de la douleur liée au cancer ou pour la prise en charge palliative des pathologies tumorales avancées.

Il semble donc indispensable que se mettent en place des groupes de réflexion entre les oncologues, les psychiatres et spécialistes de soins palliatifs pour élaborer des recommandations adaptées à cette population et discuter du parcours du patient. Les équipes psychiatriques comme les équipes d'oncologie ont besoin d'éléments leur permettant de choisir le meilleur lieu de soin à visée diagnostique (ex : où sera réalisé une ponction-biopsie, un scanner ?) ou à visée thérapeutique (chimiothérapie, soins de suite après chirurgie…) Doit-on envisager la mobilité du patient ou des médecins ?

En effet les soins spécifiques comme la chimiothérapie sont difficiles à mettre en œuvre en milieu psychiatrique et l'accueil de « chroniques de psychiatrie » en service de jour d'oncologie pose problème au patient lui-même, aux autres patients et à l'équipe soignante. L'accueil d'une patiente délirante en hôpital de jour traditionnel peut mobiliser l'ensemble d'une équipe et rendre la prise en charge des autres patients difficiles.

La mutation d'un patient psychiatrique hors de son cadre habituel et contenant peut le faire décompenser sur un mode aigu et rendre la prise en charge oncologique impossible.

Une des propositions qui peut être élaborée :

On peut imaginer une équipe mobile d'oncologie qui viendrait réaliser la chimiothérapie en hôpital psychiatrique avec de façon concomitante une intervention et une évaluation d'une équipe mobile de soins palliatifs pour :

- Optimiser la prise en charge symptomatique,
- Soutenir la famille et les soignants,
- Servir de tiers dans le questionnement éthique.

Comme on retrouve déjà dans certaines structures d'oncologie, des services de psychiatrie de liaison, on pourrait imaginer qu'il existe des équipes mobiles d'oncologie à l'échelle régionale qui pourraient intervenir au sein des différents hôpitaux psychiatriques, ces équipes étant formées et sensibilisées aux pathologies psychiatriques. Ceci permettrait une prise en charge sur place de meilleure qualité et de moins perturber les structures plus classiques.

- Conclusion

Les premières conclusions de ce travail sont que :

La collaboration entre psychiatres, oncologues et spécialistes de soins palliatifs devrait s'officialiser et être valorisée pour ensuite pouvoir se généraliser, ceci dans l'objectif d'éviter que les patients pris en charge en hôpital psychiatrique ne soient exclus du droit à l'accès aux soins palliatifs. Il semble également nécessaire de souligner l'importance de la prise en charge précoce des pathologies cancé- reuses avant le stade palliatif.

Plusieurs points restent à discuter : le questionnement éthique autour de la prise de décision, l'organisation possible permettant cette collaboration entre la psychiatrie et l'oncologie, l'absence d'outil d'évaluation adapté, de recommandations ou de consensus pour cette population spécifique. Ces situations et ces questionnements ne sont pas propres au champ de la cancérologie et des soins palliatifs et on pourrait étendre cette problématique à l'ensemble des pathologies somatiques présentées par les patients en psychiatrie. Des « ponts » doivent encore être tendus entre l'hôpital général et l'hôpital psychiatrique pour améliorer la prise en charge de nos patients.

Pour terminer il nous semble intéressant de proposer la création d'un groupe de travail réunissant psychiatres, oncologues et spécialistes en soins palliatifs ainsi que des infirmières exerçant dans ces différents champs pour élaborer des recommandations.



Sources d'information

- www.anp3sm.com

  Association nationale pour la promotion des soins somatiques en santé mentale. Cette association (loi 1901) est ouverte à tout professionnel de santé concerné par les soins somatiques en santé mentale.

- www.sfetd-douleur.org

  La SFETD, chapitre français de l'IASP , a pour vocation de réunir tous les acteurs de Santé pour favoriser l'enseignement, la recherche et les soins en matière de douleur. Son ambition est de privilégier la pluridisciplinarité et de créer une interface entre les chercheurs fondamentalistes et les cliniciens.

- www.institut-upsa-douleur.org

  Le site de l'Institut UPSA de la Douleur est un site d'information qui a pour objectif d'améliorer la prise en charge de la douleur et de communiquer sur les actions de l'Institut.

  A travers des programmes d'aide à la recherche et de nombreuses publications (ouvrages originaux, périodiques, guides brochures patients…), il s'adresse spécifiquement et individuellement aussi bien au corps médical et soignant (médecin, pharmacien, infirmier(ère)) qu'au grand public (patient ou proche). L'institut édite une lettre dédiée à la douleur en santé mentale.

- www.cnrd.fr

  Le Centre National de Ressources de lutte contre laDouleur (CNRD) a été créé par le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées dans le cadre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005.

  Il a comme objectif principal la prévention et l'amélioration de la prise en charge de la douleur provoquée par les soins, les situations cliniques et les douleurs post-opératoires chez l'enfant, l'adulte et la personne âgée.

  Il s'adresse aux personnels soignants médicaux et paramédicaux de tous les secteurs d'activité : public, privé et libéral.

- www.has-sante.fr

  La vocation du site internet de la HAS est d'apporter une contribution significative aux missions qui ont été confiées à la Haute Autorité de Santé notamment en matière de promotion des bonnes pratiques, de bon usage des soins et de diffusion de l'information médicale. Ce site s'adresse à un très vaste public : professionnels de santé, journalistes, fabricants de dispositifs médicaux, mais aussi plus largement à tous les citoyens désireux de s'informer sur la qualité en santé.



- www.legifrance.gouv.fr

  Le site Légifrance est le service public de la diffusion du droit par l'internet, et est placé sous la responsabilité éditoriale du Secrétariat général du gouvernement.

- www.sante.gouv.fr

  Portail internet d'information du Ministère des Affaires sociales et de la Santé





Glossaire

A	A.V.Q	Activité de la Vie Quotidienne
	Acétylcholine	Neurotransmetteur répandu, à la fois dans le système nerveux central où il joue plusieurs rôles, dans le système nerveux périphérique où il contrôle l'activité des muscles squelettiques et dans le système nerveux autonome pour le contrôle des muscles lisses
	Acupuncture	Méthode diagnostique et thérapeutique d'origine chinoise consistant à introduire sous la peau, en certains points, des aiguilles métalliques pleines
	Agoniste	Phénomène ou substance qui concourt à produire l'effet recherché
	AINS	Anti Inflammatoire Non Stéroïdien
	Algogène	Qui provoque la douleur
	Allodynie	Douleur produite par une stimulation habituellement non douloureuse
	Antalgique	Propre à calmer la douleur
	Anticholinergique	C'est une substance s'opposant aux effets de l'acétylcholine (médiateur dans le système nerveux central et le système nerveux périphérique)
	APA	American Psychological Association (www.apa.org)
	AVK	Anti-vitamine K
B	Biofeedback	Mot anglais signifiant « retro contrôle biologique » Technique de maîtrise des émotions et de leurs répercussions viscérales
C	C.E.T.D.	Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur
	C.N.R.D.	Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur (http://www.cnrd.fr/)
	Cognitif	Processus par lequel un organisme acquiert des connaissances sur des évènements ou des objets dans son environnement, ou en prend conscience
	Concomitant	Qui se produit en même temps
D	D.A.S.R.I.	Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux
	Dorsalgie	Douleur ayant son siège au niveau du dos
	DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual - Revision 4 (Manuel Diagnostique et Statistique des Désordres Mentaux)
E	E.C.P.A.	Echelle Comportementale d'évaluation de la Personne Agée non communicante
	E.D.A.A.P.	Echelle d'expression de la Douleur chez l'Adolescent ou Adulte Polyhandicapé
	E.N.	Echelle numérique
	E.V.A.	Echelle visuelle analogique
	E.V.S.	Echelle verbale simple
	EDM	Episode Dépressif Majeur
H	Halitose	Mauvaise haleine
	HAS	Haute Autorité de Santé (www.has-sante.fr)
	Hyperalgésie	Réponse exagérée à une stimulation normalement douloureuse. Cette définition fait référence à un seuil de douleur anormalement bas



	Hyperesthésie	Sensibilité exagérée à toute stimulation excluant les stimulations sensorielles spécifiques. La localisation et la qualité du stimulus sont claires. Cette définition peut être utilisée pour une diminution du seuil d'un stimulus et une réponse exagérée (hyperpathie), mais aussi pour une sensation douloureuse résultant d'une stimulation normalement non douloureuse (allodynie)
	Hyperpathie	Syndrome douloureux caractérisé par un seuil de douleur diminué et une réponse excessive à une stimulation répétée. L'hyperpathie peut être associée à l'hyperesthésie et la dysesthésie. Une mauvaise localisation du stimulus, un délai de réponse augmenté, une sensation de radiation et des sensations persistantes peuvent être présents, et la douleur peut avoir un caractère explosif
	Hypoalgésie	Diminution de la douleur en réponse à une stimulation normalement douloureuse
	Hyposialie	Insuffisance de la sécrétion salivaire
I	I.A.S.P.	International Association for the Study of Pain (association internationale pour l'étude de la douleur) (http://www.iasp-pain.org//AM/)
	IDE	Infirmier diplômé d'état
	INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (www.inserm.fr)
	IRSNA	Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline
	Ischémie	Réduction du flot sanguin dans un organe ou un tissu
M	Matrice	Réservoir
	Médullaire	Qui a rapport à la moelle épinière et aussi à la moelle osseuse, glandulaire etc.
	MEOPA	Mélange Equimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote
N	Neuropathie	Dérangement fonctionnel ou changement pathologique d'un nerf. Monoreuropathie pour un seul nerf ; multineuropathie pour plusieurs nerfs ; polyneuropathie, atteinte symétrique et bilatérale
	Nocicepteur	Récepteur nerveux préférentiellement sensible aux stimulations devenant nociceptives si elles persistent. Les termes récepteurs de la douleur ou voie de la douleur sont à éviter
	Nociception	Activité de récepteurs et de fibres nerveuses provoquée par une stimulation potentiellement dangereuse pour l'organisme
	Nociceptif	Un stimulus nociceptif est par définition une stimulation d'intensité suffisante pour activer des nocicepteurs, voire produire une lésion tissulaire
O	OMS	Organisation mondiale de la Santé (www.who.int/fr)
	Oncologie	Etude des maladies cancéreuses
	Opioïde	Substance endogène ou exogène qui se lie aux récepteurs des opiacés
	Osmotique	Force exercée, de part et d'autre de la membrane à demi perméable qui les sépare, par deux liquides inégalement riches en molécules dissoutes
P	Paraclinique	Se dit d'examens médicaux effectués en ayant recours à des appareils ou à des techniques de laboratoire
	Paresthésie	Sensation anormale (non douloureuse) spontanée ou provoquée. Ne pas confondre avec dysesthésie ou la sensation anormale est désagréable
	Paroxystique	Qui tient du paroxysme, période d'une maladie où les symptômes sont les plus aigus
	PCA	Analgésie Contrôlée par le Patient
	Per Os	Du latin « per » par « ѳs » bouche : par voie buccale



P	POMI	Questionnaire POMI (Prescription Opioide Mesure Index) Voir *In Serra Douleur et Analgésie 2012,25:67-71*
	PSE	Pousse Seringue Electrique
S	S.F.E.T.D.	Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (www.sfetd-douleur.org)
	Sérotonine	Neurotransmetteur monoaminergique qui joue un rôle dans la régulation de la température, la perception sensorielle et le sommeil. On trouve des neurones qui utilisent la sérotonine comme transmetteur dans le cerveau et l'intestin.
	Sérotoninergique	Qui agit sur des récepteurs à la manière de la sérotonine
	Somatique	Qui concerne le corps (opposé à psychique)
	SOR	Standards Options Recommandations
	Synapse	Site de transfert d'information entre cellules nerveuses
	Synaptique (transmission)	Processus de transfert d'information qui se produit à la synapse
T	TSO	Traitement de substitution aux opiacés
V	V.I.H.	Virus de l'Immunodéficience Humaine
X	Xérostomie	Bouche sèche



Bibliographie

- BINOCHE T, MARTINEAU C. Guide pratique du traitement des douleurs. Paris : éd. MMI, 2001
- La Revue Prescrire
- CALOP J., LIMAT S., FERNANDEZ C., Association nationale des enseignements de pharmacie clinique (A.N.E.P.C.). Pharmacie clinique et thérapeutique. 3e éd. Masson.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (A.N.A.E.S.). Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant un trouble de la communication verbale. Octobre 2000.
- FOUCAULT M. Histoire de la folie à l'âge classique. Paris : éd. Gallimard, 1972
- MARCHAND S. Le phénomène de la douleur : Comprendre pour soigner. 2e éd. Masson
- QUENEAU P., OSTERMANN G., Association Pédagogique Nationale pour l'enseignement de la Thérapeutique (A.P.N.E.T.). Le médecin, le malade et la douleur. 3e et 4e éd. Masson
- Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD), Ministère de la santé et de la protection sociale. La douleur en questions. éd. novembre 2009

Références bibliographiques spécifiques

- Le courrier des addictions (12). N°2 avril-mai-juin 2010
- BAIR M. et al. Depression and pain comorbidity : a literature review. Archives of internal medicine, 2003, Vol 163: n°20; p.2433-2445
- BAO Y., STRURM R., CROGHAN TW. A national study of the effect of chronic pain on the use of healt care by depressed persons. Psychiatric services 2003, Vol 54 n°5 ; p.693-697
- BELIN C., GATT MT. Douleur et démence. Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement. Vol. 4, numéro 4, 247-54
- BLEULER E. Dementia praecox oder grippe der schizophrenien. Paris : Centre d'étude Psychiatrique, trad. fr Ey H. 1926; 1964
- CARLINO E., BENEDETTI F., RAINERO I. et al. Pain perception and tolerance in patients with frontotemporal dementia. PAIN 151 (2010) 783-89
- CHATAP G., GIRAUD K., VINCENT JP et al. Céphalées du sujet âgé. Presse Med. 2004 ; 33 : 808-18
- CLAY GS , BROUGHAM LR. Haloperidol binding to an opiate receptor site. Biochem Pharmacol, 1975; 24: 1363-67
- CONARD R., SCHILLING G., BAUSCH G. et al. Temperament and character personality and personality discorders in chronic pain patients. Pain, Jll 2007, vol. 133
- DANG-VU B. Maniement des antalgiques en pratique quotidienne. Douleur et santé mentale 2009 ; 4 :1-1
- DANG-VU B. Douleur et santé mentale: quels traitements? Douleur et Analgésie, 2011, 24 :138-143
- DEMYTTENAERE K. et al. Comorbid painful symptoms and depression. Prevalence, work loss and help seeking, Journal of Affective Disorders, 2006, vol 92: n°2-3; pp185-193
- DWORKIN RH. Pain insensitivity in schizophrenia: a neglected phenomenon and some implications. Schiz. Bull 1994; vol 20(2): 235-248
- EARLE A., EARLE B.V. The blood pressure response to pain and emotion in schizophrenia. J. Nerv. Ment. Dis, 1995; 121:132-39
- EHVNAL A., MITCHELL PB., HADZI-PAVLOVIC G. Pain and rejection sensitivity in bipolar depression. BIPOLAR Discorder 13(1) 59-66
- FISHBAIN D. Pain insensitivity in psychosis. Annals of Emergency Medecine, 1982; 11:630-32
- GOLDSTEIN BI., HOUCK PR., KARP JF. Factors associated with pain interference in an epidemiologic sample of adults with bipolar I disorder. J Affect Disord, 2009 Oct.; 117(3):151-6 Epub 2009 Feb 8.



- GUIEU R., SAMUELIAN JC., COULOUVRAT H. Objective evaluation of pain perception in patients with schizophrenia. Br J Psychiatry 1994; 164(2): 253-255
- HEIT HA., GOURLAY DL. Buprénorphine : new tricks with an old molecule for pain management Clint J Pain 2008; 24:93-7
- IRTANI S., TOHGI M., MIYATA H. et al. Impact of dementia on cancer discovery and pain. Psychogeriatrics, 2011; 11:6-13
- JAVITT DC , ZUKIN SR. Recent advance in the phencyclidine model of schizophrenia. Am. J. Psychiatry, 1991 ; 148 : 1301-08
- JULIEN N. MARCHAND S. Endogenous pain inhibitory systems activated by spatial summation are opioïd-médiated. Neurosci Lett 401 (2006) 256-260
- KENNES B. Approche de la douleur en gériatrie. Revue de la médecine générale N°193, mai 2002
- KRAEPLIN E. Dementia praecox et paraphrenia. Scotland Ed : Ex s. Livingstone, 1919
- LUSSIER D. Approche et évaluation multidimensionnelle de la douleur chronique chez les patients gériatriques. La revue de Gériatrie, Tome 25, N°9 Novembre 2000
- MARCHAND S et al. De l'hypoalgésie à l'hyperalgésie ! La lettre de L'IUD, 2008 n° 28
- MARCHAND WE., SAROTA B. MARBLE H, BURBANK CB, BELLINGER MJ. Occurrence of paintes acute surgical disorder in psychotic patients. NEJM 1959; 260 (12): 580-5
- MISSON L., SAVOIE ML, AUBIN M. et al. Les défis de l'évaluation de la douleur chez la personne âgée avec des capacités réduites à communiquer en raison d'une démence avancée. Douleurs - Evaluation - Diagnostic - Traitement. 2011(12)55-64
- NABERD, PICKAR D., POST REM et al. Endogenous opioïd activity and beta-endorphin immunoreactivity in CSF of psychiatric patients and normal volunteers. AM J. Psychiatry, 1981;138:1437-62
- PINEL. Traité médico-philosophique. An 10.1.60.61
- PRADINE V., PRADINES B. L'agitation chez le dément non verbalisant / penser à la douleur. Psychol NeuroPsychiatr Vieillissement 2004 ; vol.2, n°4 : 271-4
- RHONDALI W., PERCEAU E., FILBET M. Soins palliatifs et situations chroniques : questionnement à partir d'un cas clinique Médecine palliative : Soins de support – accompagnement éthique, 2010. 9(4) : p 177-183
- SARAVANE D. L'évaluation de la douleur en santé mentale. Douleur et santé mentale, IUD 2008 n° 3
- SARAVANE D., CHOPINEAU S. Douleur en santé mentale : difficultés diagnostiques et thérapeutiques. Santé Mentale, 2005 ; 99 : 42-47
- SARAVANE D., CHOPINEAU S. Historique de la douleur en santé mentale. Douleur et Analgésie, 2011, 24 : 171-175
- SARAVANE D., GILQUIN A.F. Dépistage des pathologies somatiques en institutions psychiatriques. Psycho-Oncologie, 2010, 4(1) : p12-16
- SCIMECA MM., SAVAGE SR., PORTENOY R, LOWINSON J. Treatment of pain in methadone - maintained patients Mount Sinai J of Med 2006; 67:412-22
- SERRA E. Douleur, psychiatrie et morphine. Information psychiatrique 2009; 85:329-34
- SERRA E. Douleur et Santé Mentale 2011; 5.
- SERRIE A, THUREL C. La douleur en pratique quotidienne - Diagnostic et traitements Ed Arnette, 1994 Paris
- SHATTOCK FM. The somatic manifestation of schizophrenia: a clinical study of their significance J . M e n t . Science 1950; 96:32-142
- WEAWER MF., SCHNOLL SH. Opioïd treatment of chronic pain in patients with addiction. J Pain Palliat Care Pharmacother 2002; 16:5-26
- WEISBERG JN, VAILLANCOURT PD. Personality factors and discorders in chronic pain. Semin CLIN Neuropsychiatry 1999; 4:155-66

Comité de rédaction

Le RESCLUD Champagne-Ardenne a synthétisé dans cet ouvrage un ensemble de textes rédigés par de nombreux auteurs bénévoles.

Le RESCLUD Champagne-Ardenne exprime toute sa reconnaissance au Dr Eric SERRA pour ses relectures attentives et ses conseils avisés.

Merci

Merci aux membres du RESCLUD Champagne-Ardenne d'avoir élaboré ce livret « douleur en psychiatrie », destiné à être diffusé aux établissements spécialisés et qui devrait constituer une base documentaire de référence pour les équipes psychiatriques confrontées aux problématiques « douleur » dans leur exercice quotidien.

Docteur Didier DUTHOIT
Psychiatre à l'EPSM de l'agglomération lilloise
Président de l'Interclud de Psychiatrie

Création graphique
Service Communication du





Conception RESCLUD Champagne-Ardenne - Impression C.H. Bélair - Oeuvre de M. Philippe MASSIP - Décembre 2012 - Dépôt légal en cours